

12-11-1311

Jani

Sub redacția:

Prof. dr. IOLANDA MITROFAN

# PSIHOTERAPIA EXPERIENȚIALĂ

O PARADIGMĂ A AUTORESTRUCTURĂRII  
ȘI DEZVOLTĂRII PERSONALE

ediția a II-a

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale  
MITROFAN IOLANDA  
Psihoterapie experiențială/Iolanda Mitrofan. - Ed. a 2-a -  
București: Infomedica, 1999  
360 p.: il.; 26 cm.  
Bibliogr.  
ISBN 973-9394-20-5  
615.851

© 1999 by INFOMEDICA s.r.l.

**PSIHOTERAPIA EXPERIENȚIALĂ**  
**O PARADIGMĂ A AUTORESTRUCȚURĂRII**  
**ȘI DEZVOLTĂRII PERSONALE**  
Sub redacția Prof. dr. Iolanda Mitrofan

ISBN: 973-9394-20-5

Toate drepturile rezervate Editurii **INFOMEDICA**  
Nici o parte din acest volum nu poate fi copiată fără  
permisiunea scrii a Editurii **INFOMEDICA**.

Drepturile de distribuție în străinătate  
aparțin în exclusivitate editurii.

Copyright © 1999 by **INFOMEDICA s.r.l.**  
All rights reserved.

Ediția I - 1997

Apărut 1999

Editura **INFOMEDICA** București  
Șos. Panduri 35, Bl P1, Sc. A, Ap. 34  
Tel.: 781.34.28; 781.42.98  
Fax: 781.34.28

Coli tipar: 45. Format 8/61x86.  
Hârtie offset 61x86/70gm<sup>2</sup>  
Tiparul executat la **INFOMEDICA s.r.l.**

Redactor: Prof. dr. Iolanda Mitrofan  
Tehnoredactor: Liliana Pricop

*«De aceea voi urma propriul meu drum - nu în căutarea unei alte  
sau mai bune doctrine, căci știu că ea nu există, ci pentru a abandona  
toate doctrinele și pe toți maeștri, ca să-mi ating singur țința.»*

*Herman Hesse (Siddartha)*



# AUTORI

## 1. Prof. dr. Iolanda Mitrofan

- Facultatea de Sociologie, Psihologie Pedagogie, Catedra de Psihologie, Studii aprofundate în Psihoterapie (Master), Universitatea București. Susține disciplinele.
- Psihoterapie experiențială, creativ-expresivă și transpersonală (Master - în psihoterapie, Univ. București).
- Terapii de familie (Master - Catedra de Psihologie și anul III Secția Asistență Socială, Universitatea București).
- Psihoterapie și Consiliere și terapii de familie - Secția Psihologie, Universitatea Titu Maiorescu, anul III - Asistență Socială, Universitatea București.
- Psihoterapia copilului și adolescentului și Consiliere de familie (Master în consiliere, Secția Pedagogie).
- Psihologia familiei și psihosexualitate, an IV Psihologie, Universitatea București.
- Psihoterapeut practician cu specializări în: terapii creative, NLP, dramaterapie, gestalt terapie și terapii de cuplu și de familie.
- Cercetător șt. gr. I Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperarea Capacității de Muncă.
- Președinta Societății de Psihoterapie Experiențială Română.
- Coordonator al unor programe de formare în domeniul consilierii și psihoterapiei experiențiale de grup, cu sprijinul Fundației Soros.
- Coordonator și director al programului de editare a Revistei de Psihoterapie Experiențială „Aici și Acum” și redactor șef-adjunct al Revistei de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă.
- Autor și Coautor a peste 100 de studii, articole științifice și teme de cercetare, precum și al cărților: „Cuplul conjugal - armonie și dezarmonie”, Ed. Șt. 1989; „Familia de la A ... Z” Ed. Șt. 1991; „Elemente de psihologia cuplului”, Ed. Șansa, 1994; „Elemente de psihologia cuplului; ediție revizuită și adăugită”, Ed. Șansa 1996 și ediția 1997; „Psihologia relațiilor dintre sexe. Mutații și alternative”, Ed. Alternative, 1997.

## 2. Carmen Beyer

- Psiholog (cu studii aprofundate - master - în psihoterapie și psihodiagnostic Universitatea București).
- Asistent universitar (Facultatea de Psihologie, Universitatea Titu Maiorescu, susține seminarii la disciplinele: Psihoterapie, Consiliere și Terapii de familie, Psihodiagnoză proiectivă).
- Psihoterapeut practician și formator, specializat în Psihoterapie Experiențială de Grup (programe în parteneriat - Universitatea București și Fundația Soros).
- Membru fondator și consilier coordonator științific al Societății de Psihoterapie Experiențială Română (SPER).
- Coordonator al programului de editare a Revistei de Psihoterapie Experiențială „Aici și Acum”, finanțat de FDSC și redactor-șef al revistei.

## 3. Doru Buzducea

- Asistent social cu studii aprofundate (Master) în politici sociale.
- doctorand;
- Consilier clinician în probleme ale copilului și familiei afectate de infecția SIDA, în cadrul Fundației Roumanian Angel Appeal.
- Coordonator al Departamentului de Servicii Sociale din Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Colentina, Secția de zi „Floarea Soarelui”, București.
- Asistent universitar asociat, catedra de Asistență Socială, Universitatea București (susține seminarii de Psihoterapie și Asistență Socială a persoanelor cu SIDA și boli cronice).

- Membru al Societății de Psihoterapie Experiențială Română.
- Autor al volumului „SIDA - Confluente psihosociale, Ed. Șt. și Tehnică 1997 și coautor la volumul „Pentru o Societate centrată pe Copil” (sub coordonarea C. Zamfir), Ed. Alternative, 1997.

## 4. Victor Badea

- Psiholog (în curs de studii aprofundate - master în psihodiagnostic și psihoterapie).
- Asistent universitar (Universitatea Titu Maiorescu, Facultatea de Psihologie).
- Membru fondator SPER, - practician specializat în consiliere și psihoterapie experiențială de grup (în cadrul Programului în parteneriat dintre Universitatea București și Fundația Soros), precum și în peer-counseling.

## 5. Adrian Luca

- Asistent social, consilier practician în probleme ale copilului și familiei afectați de infecția HIV/SIDA, în cadrul Asociației Române AntiSIDA (ARAS), Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale dr. V. Babeș;
- vicepreședinte al Asociației Asistenților Sociali Profesioniști (AASP).
- Membru fondator SPER.
- Consilier de orientare rogersiană și practician specializat în psihoterapie experiențială de grup (în cadrul Programului cu parteneriat dintre Universitatea București și Fundația Soros).

## 6. Laurențiu Mitrofan

- Student an IV psihologie.
- Membru fondator SPER.
- Publicații și preocupări în dezvoltare personală și transpersonală și în psihodiagnoză.

## 7. Anca Nicolae

- Psiholog clinician, consilier și psihoterapeut în cadrul Fundației Roumanian Angel Appeal, centrul de zi „Floarea Soarelui” - Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Colentina.
- Membru fondator SPER.
- Practician specializări în „Peer Counseling” și Consiliere și Psihoterapie experiențială de grup (Programe ale Fundației Soros în parteneriat cu Universitatea București).

## 8. Denisa Cristina Stoica

- Asistent social.
- Membru fondator SPER.
- Practician specializat în consiliere și psihoterapie experiențială de grup (Program în parteneriat al Universității București cu Fundația Soros).
- Specializare în terapii creative - program al Catedrei de Asistență Socială în colaborare cu Hogeschool Sittard, Olanda.

## 9. Elena Otilia Vladislav

- Psiholog, clinician și psihoterapeut la Policlinica de Copii nr. 1 București.
- Studii aprofundate (Master) în psihoterapie și psihodiagnostic cu dizertația „Demers expresiv gestaltist în psihoterapia Copilului.
- Membru fondator și coordonator managerial SPER.
- Practician și formator specializat în psihoterapia experiențială de grup (program în parteneriat între Universitatea București și Fundația Soros).

# CUPRINS

Introducere în psihoterapiile experiențiale - o paradigmă a restructurării și dezvoltării personale .....	9
Cap. 1 Gestalt-terapia — de la conștientizarea de sine la adaptarea creativă și integrarea holistă .....	19
Iolanda Mitrofan	
Cap. 2 Analiza bioenergetică — o terapie centrată pe comunicare copleșită .....	61
Carmen Beyer	
Cap. 3 Psihoterapia rogersiană centrată pe persoană sau experiența „Creșterii afective” .....	79
Adrian Luca	
Cap. 4 Psihoterapia existențială sau experiența căutării sensului. De la pierdere de sine la regăsire de sine” .....	113
Iolanda Mitrofan, Doru Buzducea	
Cap. 5 Terapia realitate — transparență, umor și responsabilitate — primul pas spre schimbare .....	135
Doru Buzducea	
Cap. 6 Analiza tranzacțională, decodificarea, deconspirarea și interpretarea mesajelor ascunse .....	143
Doru Buzducea	
Cap. 7 Psihoterapia copilului centrată pe metode experiențial-expresive .....	169
Iolanda Mitrofan, Elena Otilia Vladislav	
Cap. 8 Psihoterapia experiențială de familie .....	195
Iolanda Mitrofan	
Cap. 9 Psihoterapia experiențială de grup gestalt-creativ — o provocare la „creștere” .....	207
Iolanda Mitrofan, Denisa Cristina Stoica	
Cap. 10 Grupul experiențial centrat pe psihodramă — un modul de optimizare a disponibilităților pentru contact uman .....	275
Victor Badea	
Cap. 11 Umorul ca formă de terapie — „a transforma suferința prin râs” .....	309
Anca Nicolae	
Cap. 12 De la dezvoltare personală la dezvoltare transpersonală .....	333
Laurențiu Mitrofan	
Bibliografie .....	349
Tabele .....	359

# INTRODUCERE ÎN PSIHOTERAPIA EXPERIENȚIALĂ - O PARADIGMĂ A AUTORESTRUCTURĂRII ȘI DEZVOLTĂRII PERSONALE -

## 1. Cui îi este adresată cartea și unele explicații necesare

*Această carte este adresată în primul rând studenților în psihologie, asistență socială, pedagogie, psihopedagogie și psihosociologie, interesați, orientați sau în curs de specializare în domeniul consilierii și psihoterapiei, precum și tuturor specialiștilor care profesază în cadrul serviciilor de sănătate mintală (profilaxie și recuperare primară, secundară și terțiară), ca și celor din sfera educațională.*

*În al doilea rând, ea este adresată tuturor specialiștilor, implicați direct sau indirect în munca de consiliere și psihoterapie - individuală, în grup sau a familiei, atât în cadru instituționalizat (servicii medicale, psihologice și de asistență socială din instituții guvernamentale și organizații neguvernamentale), cât și în cadru privat.*

*În al treilea rând, prin studiile de caz exemplificative aparținând unor autori consacrați, ca și prin rezultatele clinice și formative obținute de grupul nostru, ca parte componentă a Societății de Psihoterapie Experiențială Române (SPER), încercăm să oferim informații unui public mai larg, care să familiarizeze actuala societate cu posibilitățile ofertei de servicii psihologice și psihoterapeutice experiențiale individuale, de grup și familiale, centrate pe dezvoltare umană, considerându-le metode utile, atât în asistența adultului, cât și a adolescentului și copilului.*

*Psihoterapiile experiențiale deschid o poartă către un mod mai sănătos de a fi și de a acționa al ființei umane aflate în dificultate, supuse bulversărilor sociale, economice, psihologice, existențiale, ale sfârșitului de mileniu, peste tot în lume și la noi, deopotrivă.*

*Sperăm ca prin această carte să sensibilizăm și să orientăm nevoile celor în impas existențial, ca și ale celor care doresc să-și sporească eficiența și bunăstarea psihologică, spre specialiștii în consiliere și psihoterapie, care încep și în România, din ce în ce mai mult să se facă „auziți”, dar ale căror oferte de servicii sunt încă puțin înțelese în esența lor. Adesea, potențialii beneficiari ai acestor servicii sunt mânați de așteptări nerealiste sau confuze, care țin de o scăzută cultură a practicii și finalităților specifice acestor forme de asistență umană complexă. Consilierea și cura psihoterapeutică sunt în mod superficial și eronat substituite, asimilate sau confundate fie cu tratamentul strict medical (de unde și atitudinile de dependență și așteptare pasivă a ceva obiectiv, care să fie „oferit”, „indicat” sau „făcut” — echivalentul tabletelor, explorărilor funcționale cât mai sofisticate sau al sfaturilor experte bazate pe interdicții, contraindicații sau indicații terapeutice), fie sunt identificate cu o intervenție strict educațională.*

Încercăm să contribuim prin informațiile și cercetările incluse în acest volum, la schimbarea unor mentalități încă reticente, rezistente sau nerealiste în raport cu psihoterapia, care fie o supraevaluează acordându-i un halou magic, fie o subevaluează, o contestă sau pur și simplu, o ignoră.

Încercăm să complementăm puținele surse informaționale românești în acest domeniu, precum și numărul încă redus al traducerilor care s-au făcut după 1990, care sunt dominate de lucrările fundamentale ale psihanalizei. În completarea acestora, având în vedere unele izvoare psihanalitice și analitice prețioase, în special cele identificate în operele lui Jung și Reich, (pe care orientarea experiențială le recunoaște, asimilându-le și detașându-se totodată de ele, prin infuzia gândirii fenomenologice și prin fundamentul umanist-existențialist), lucrarea noastră vine să umple „o lacună” informațională, referitoare la un domeniu încă incomplet cunoscut și exploatat.

De aceea, adresăm mulțumiri speciale domnului dr. Sorin Paveliu - directorul Editurii „INFOMEDICA”, pentru receptivitatea și sprijinul acordat în publicarea acestui tratat, d-lui conf. dr. I.B. Iamandescu - pentru suportul moral și atitudinea încurajatoare în legătură cu editarea lui, precum și d-nei Liliana Pricop, pentru efortul intens și dăruirea cu care s-a investit în laborioasa tehnoredactare.

Sistemul studiilor aprofundate (master) în psihoterapie, care funcționează la Universitatea din București, (de pe lângă catedra de Psihologie a Facultății de Sociologie, Psihologie și Pedagogie) oferă, în sfârșit, un cadru de formare academică în acest sens, iar multiplele contacte profesionale cu psihoterapeuți recunoscuți din Franța, Olanda, S.U.A., Anglia, Australia, Elveția și Germania, precum și unele programe de specializare în diverse metode și tehnici psihoterapeutice, aparținând dominant orientării experiențiale, au contribuit semnificativ la deblocarea instruirii și formării specialiștilor în psihoterapie și consiliere.

În peisajul pestriț al orientărilor psihoterapeutice din România ultimilor 7 ani s-au structurat și afirmat, pornind de la activități anterioare care concentrează mici nuclee opționale tradiționale, preocupări și contribuții semnificative în: domeniul hipnozei și sugestologiei, cu accent pe terpiile ericksoniene (prof.dr. Irina Holdevici, conf. dr. Ion Dafinoiu, ș.a. formați de prof. dr. Vladimir Gheorghiu - sugestolog de reputație internațională); în domeniul psihanalizei (V. Dem. Zamfirescu, Leonard Gavrilu, Vera Sandor ș.a.) și al somatoanalizei (dr. Cornelia Vulpe și colaboratorii, formați de dr. Richard Meyer); în domeniul psihoterapiei cognitive (școala de la Cluj), în domeniul psihodramei (grupul de la Timișoara, ca și cele de la Sibiu și București) etc. La acestea se adaugă propriile noastre preocupări de orientare experiențială, orientate dominant gestalt-terapeutic și creativ-expresiv, precum și de terapie a cuplului și a familiei.

Formația mea de psihoterapeut a beneficiat de mai multe stagii de perfecționare, dintre care două în Olanda, la Hogeschool Sittard, în domeniul terapiilor creative, dramaterapiei, metodei Goldstein cu suport audio-vizual și programării neuro-lingvistice, pe fundalul orientării umanist-experiențiale, cu profesori de psihoterapie, cărora le sunt extrem de recunoscătoare: John Ramakaers, Joey Arends, Margaret van Rooj ș.a. Completarea studiului documentar și practic în domeniul vast al terapiilor umaniste mi-a fost facilitată cu amabilitate și sprijin efectiv de câțiva specialiști cu care am avut un prețios contact științific, în cadrul Programului Tempus, 1993-1996 al catedrei de Asistență Socială (al Facultății S.P.P., Universitatea București).

Exprim mulțumiri speciale profesorilor coordonatori ai acestui program în parteneriat - prof. dr. Corry Ehlen și prof. dr. Elena Zamfir, precum și profesorilor Josefien și Laurence van Stralen, France Alders, Lou Wanten ș.a.

Experiența mea clinică s-a format pe parcursul a peste 20 de ani, în cadrul Laboratorului de cercetare în domeniul neuro-psiho-senzorial (pe care l-am condus în perioada 1990-1997), din Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, București. Aici am avut șansa (fundamentală pentru cursul existenței mele) de a practica, evalua și valida module de psihoterapie intensivă, în contextul unor programe recuperatorii complexe, cu pacienți psihiatrici, de o mare diversitate nozologică. Am lucrat în special cu bolnavi psihogeni, din registrul tulburărilor nevrotice, dar și cu grupuri de schizofreni în stadii defectuale și remisional-reziduale, precum și cu familiile unora dintre pacienții mei. Integrându-mă și învățând să lucrez în echipă recuperatorie multidisciplinară, formată din psihiatru, medic de expertiză și recuperarea capacității de muncă, psiholog, sociolog și asistent social, iar după caz, stabilind colaborări fructuoase cu neurologul sau alți specialiști, cum ar fi kinetoterapeutul, am putut practica psihoterapie experiențială, individuală și de grup, ca o componentă complementară și uneori alternativă a tratamentului recuperator.

Orientarea mea experiențial-existențială s-a structurat plecând de la specificul psihologic și situațional al cazuisticii aflată într-un context existențial deosebit - cel legat de trauma „stigmatului” social al „invalidității psihice”, de cea a marginalizării sociale, de motivația adversă recuperării (v. beneficiul secundar, nu numai financiar, dar și emoțional), de conduitele și atitudinile demisionare în fața vieții și a activității organizate, în general. Pentru cei mai mulți dintre ei, am putut constata că „a murit speranța”, dar „a supraviețuit decepția”. Cei mai mulți dintre invalizii psihici sau în pragul invalidării, pendulează între două lumi - cea a normalității și cea a anormalității psihice și sociale, cu tot cortegiul de sentimente negative, de la ostilitate și frustrare, la teama de rejecție socială, de la teama de sine la teama de alții și de relația cu lumea, de la neîncrederea în sine la neîncrederea în mediul social și în Dumnezeu. Și invariabil, toți sau aproape toți, suferă de un „complex al abdicării de sine, de pierdere a sensului devenirii.”

Mărturisesc, reevaluând retrospectiv lucrurile, că încercarea mea de a susține psihoterapeutic și de a activa „resursele latente”, într-un asemenea context cazuistic nu a fost deloc ușoară, și nici lipsită de un gust amar, pe care cei care lucrează în psihiatrie îl experimentează adesea. Dar pe măsură ce au trecut anii, munca mea ca psihoterapeut a însemnat în foarte mare măsură o permanentă restructurare interioară, o resursă de încredere, perseverență și sens, o bucurie împărtășită cu pacientul ori de câte ori ajunge să se exploreze și să se accepte, să se conștientizeze dintr-o altă perspectivă și să-și găsească soluții proprii. Și cea mai bună „recompensă” a eforturilor mele, (care de la un timp au încetat să mai fie eforturi, ci doar un „mod natural de a fi prezentă” în relație) a constituit-o redobândirea imboldului spontan al clientului de a se experimenta pe sine și propriile-i soluții, curajul de a și le asuma și suporta consecințele, dar mai ales de a continua să „încerce”.

Practica psihoterapiei experiențiale a constituit simultan „o școală a devenirii mele ca profesionist și ca persoană”, în care am învățat să-mi vindec orgoliile, nerăbdarea și aspirațiile nerealiste, să înțeleg pacienții din perspectiva dramelor lor personale, dar și a capacităților lor nebănuite, blocate, din interiorul unic al ființei fiecăruia. Am putut astfel avea acces la motivațiile autentice ale acțiunilor și comportamentelor lor, la credințele lor intime, la emoțiile și sentimentele pe care le experimentează față de ei înșiși și față de alții.

Am învățat să nu-i judec din perspectiva mea, să-i accept pur și simplu pentru că sunt, să ascult, să-i aștept și să tac, respectându-le nevoile, să-i provoc la autocunoaștere și autoexprimare, să râd cu ei și „să dramatizez” cu ei, să simt cu ei, să înțelegem durerea și suferința până se transformă într-o experiență de cunoaștere superioară, până când i se revelează sensul și puterea transformativă pozitivă. În mod firesc, n-am încetat niciodată să sper și să cred în șansele și resursele lor autocompensatorii, să-i ajut să-și găsească ei înșiși „capătul firului”, să-și redescopere și o alta față, neabătută, chiar și atunci când totul pare pierdut și fără ieșire.

Explorând împreună redescoperirea de sine, autorevelarea, am avut acces la sursele spontaneității și autenticității în contactul terapeutic, am experimentat „depășirea impasului”, „revenirea” și „creșterea”, într-o experiență comună, împărtășită.

Nu mi-am propus niciodată să-i ajut impunându-le ce și cum să facă, ci am căutat mereu calea de a-i ajuta să se ajute, pe cât posibil, ei înșiși. Acest mod de a fi m-a ajutat deopotrivă pe mine însămi, stimulându-mi creativitatea în dialogul terapeutic și bucuria de a căuta și găsi noi mijloace de exprimare. Se poate spune că am învățat mult de la pacienții mei și în ceea ce mă privește, și în ceea ce privește natura, semnificația și creativitatea relațiilor dintre noi. Așa încât, orientarea mea experiențială nu este deloc întâmplătoare, ci singura care mi se putea „înfîmbla” în destinul meu profesional și personal.

Lucrul în echipă m-a „forjat” interior, oferindu-mi nu doar suportul, ci și măsura celor îndeplinite: rezultatele programelor de psihoterapie practicate au fost de cele mai multe ori, evaluate dinamic de întreaga echipă de specialiști, „puse sub lupa profesională”, a mai multor ochi și specialități medicale, ceea ce a constituit un avantaj enorm și mi-a întreținut încrederea în ceea ce practic.

Mulțumesc colegilor din Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare, ca și tuturor medicilor din rețeaua națională de EMRCM, care m-au sprijinit în toți acești ani prin selectarea și îndrumarea de cazuri cu indicație psihoterapeutică, precum și tuturor pacienților care au cooperat sau au manifestat rezistență în contactul terapeutic, în egală măsură importanți pentru clarificarea și structurarea stilului meu terapeutic.

Sunt extrem de recunoscătoare d-lui prof. dr Nicolae Șirjiță, directorul institutului, pentru sprijinul generos și încrederea constantă pe care a manifestat-o față de munca mea în toți acei ani.

Omagiez spiritul celui care mi-a fost maestru în primii mei ani de formare ca psihoterapeut - dr. Armand Borcea, de la care am deprins un anume mod de a fi și acționa cu oamenii și pentru oameni, cu pacienții și pentru pacienți.

Experiența mea relativ îndelungată în sfera recuperării terțiare a bolnavului psihic, mi-a alimentat în timp dorința de a interveni mai mult în profilaxia tulburărilor psihice și mai ales în formarea condiției și disponibilităților psihologice și spirituale ale viitorilor practicieni în consiliere și psihoterapie. Ideea formării grupurilor de dezvoltare experiențială, centrate dominant gestalt-creativ, dar preluând flexibil elemente din psihodramă, abordare rogersiană, terapii expresive și analiză existențială, a apărut ca un rezultat al reflexiilor pe marginea întregii mele experiențe clinice, iar activitatea mea didactică, de după 1990, cu studenții facultăților de psihologie, asistență socială și în cadrul masterului de psihoterapie, a constituit un cadru propice punerii ei în aplicare. Pe lângă cursurile și seminariile formative curente, un Program de training extensiv pe care l-am conceput și coordonat, organizat cu sprijinul financiar al Fundației Soros pentru o societate Deschisă, a constituit o experiență

de practică formativă, din care am selectat unele rezultate și în lucrarea prezentă. Programul s-a desfășurat pe principiul „ștafetei”, însemnând minimum 300 de ore și maximum 600 de ore pentru fiecare terapeut format (24 de specialiști), pe parcursul a 10 luni de practică cu supervizare și incluzând cca. 250 de studenți beneficiari - membri celor 24 grupuri de optimizare).

Coautorii acestui volum sunt în majoritate tineri psihologi și asistenți sociali, specializați în consiliere și psihoterapie experiențială de grup, o parte dintre ei cu master în psihoterapie, dar cu toții, membrii ai Societății de Psihoterapie Experiențială Române. Ei mi-au fost studenți și mi-au devenit colegi, pentru că împreună (cu ei și cu ceilalți membri ai grupului SPER) am desfășurat cercetări, am constituit grupuri și am practicat terapie experiențială, lucrând mai întâi cu noi înșine, în scop optimizator și formativ, pentru a putea lucra cu ceilalți și continuând să lucrăm, în paralel, cu noi, ca grup de terapeuți în formare. Împreună am învățat să simțim, să gândim și să acționăm în lumina unor opțiuni profesionale libere și a unor preferințe și convingeri comune, de factură umanist-experiențială. În cadrul grupului SPER am experimentat și continuăm să experimentăm „creșterea” noastră ca terapeuți „împreună”, proces pe care îl continuăm, având convingerea că nu doar atestarea scriptică ne dă măsura existenței noastre profesionale, ci mai curând cea faptică. De aceea, lucrarea de față, include pe lângă marile școli ale orientării experiențiale actuale și propriile noastre observații, rezultate cazuistice și experimente tehnice, în spiritul uneia sau alteia dintre școlile respective, dar și în funcție de disponibilitățile personale și aptitudinale pentru utilizarea predilectă a anumitor metode și tehnici.

Un loc important l-am acordat unora dintre cazurile cu valoare didactică, preluate din autori consacrați, folosind pe cât posibil sursele originale, în speranța că puterea modelelor acționează prin ea însăși, în mintea și spiritul cititorului interesat.

Lucrarea include prezentarea principalelor școli psihoterapeutice centrate pe experiența trăită „aici și acum”, de la cele axate dominant pe dezvoltare personală, de o mare diversitate și extensie, până la cele mai noi, axate pe dezvoltarea transpersonală și spirituală, constituite pe terenul primelor, prin confluență cu practicile spirituale orientale. Ordonarea școlilor psihoterapeutice experiențiale s-a făcut având în vedere două axe:

- aria psihologică dominantă în focalizarea demersului psihoterapeutic de restructurare, prin explorare și experimentare;
  - modalitatea aplicativă: individuală (adult, copil); interpersonală (familie, grup de optimizare, grup formativ în domeniul practicii psihoterapeutice).
- Pe baza acestor criterii, succesiunea capitolelor reflectă logica restructurării și dezvoltării personalității, întregul proces al devenirii ființei, de la condiția împlinirii personale a Sineului - la cea a autorealizării transpersonale, de la extinderea câmpului experiențial al conștiinței - la saltul calitativ în experiențele transconștiente, după cum urmează:
- terapii ce acționează dominant în sfera psihocorporală, cu scop de unificare și integrare a Eu-lui, de armonizare a relațiilor dintre corp și mental, prin conștientizarea de Sine (gestalt-terapia și analiza bioenergetică);
  - terapii centrate dominant pe maturizarea emoțională sau „creșterea afectivă” (terapia rogersiană centrată pe persoană);
  - terapii centrate dominant pe maturizarea caracterial -valorică (sensul filosofic al devenirii personale- psihoterapiile existențiale și terapia realitate);
  - terapii centrate dominant pe maturizarea în sfera comunicării și a relaționării cu ceilalți (analiza tranzacțională, metoda Goldstein);



• aplicațiile psihoterapiilor experiențiale în tratamentul copilului, familiei și grupurilor (grupul gestalt-creativ, grupul centrat pe psihodramă, grupul de întâlnire rogersian).

În sfârșit, am considerat necesar să includem un capitol despre umor - ca formă de terapie și implicațiile lui în autovindecare, creșterea și maturizarea personală, atât a clientului, cât și a terapeutului, precum și în relațiile de grup. Capitolul final este dedicat tranziției de la „școala dezvoltării personale” la „școala dezvoltării transpersonale, în speranța că vom deschide drum celei mai noi direcții de cercetare („a patra forță în psihologie”), pe cât de puțin cunoscute în țara noastră, pe atât de moderne și incitante, cu aplicații în sfera experiențelor excepționale, spirituale și transcognitive.

## 2. Principiile psihoterapiei experiențiale

Obişnuim să spunem că, în mod natural, cunoașterea începe cu experiența. „A fi în situație” sau „a fi prezent” este atitudinea prin care ne dezvoltăm, vedem și percepem lumea și mijlocul obiectiv prin care stabilim relația personală cu ceilalți și cu lumea. Această atitudine naturală, spontană, de a experimenta realul este „poluată” de o mulțime de prejudecăți, scheme apercptive învățate, stereotipii și obișnuințe socio-culturale, supoziții și dorințe, dar ceea ce contează în primul rând este percepția realului și trăirea afectivă asociată ei. Reflexia și evaluarea, raționalizarea și păstrarea cunoștințelor și a atitudinilor ce ne definesc, după criterii de o mare diversitate, (în funcție de dinamica fenomenelor conștiente-inconștiente, de nevoi și de posibilități, de interese și de speranțe, de frici și de neputințe) - toate acestea devin și se construiesc pe sistemul nostru natural, direct, de a experimenta lumea, atât cea internă, cât și cea externă.

Acțiunea este principiul de bază al dezvoltării, atât la nivel mental, cât și comportamental. Noi experimentăm (acționăm în plan intern) ori de câte ori proiectăm (gândim și concepem strategii, operăm, analizăm și comparăm, abstragem și generalizăm, elaborăm soluții și rezolvăm, imaginăm, ne reprezentăm, visăm și creăm). Apoi transpunem „proiectul nostru mental” în realitate, verificăm, modificăm, restructurăm ceea ce am proiectat, în contact direct cu obiectul, relațiile sau strategiile rezultate sau puse în aplicare. Proiectul nostru mental se referă și la propria imagine, la Eul sau Sinele nostru, autoperceput, real sau ideal, la ceea ce știm sau nu știm că suntem, la ceea ce dorim sau respingem la noi înșine. Devenim persoane și ne actualizăm Sinele, după expresia lui Maslow, restructurând continuu realitatea externă și simultan pe noi înșine, precum și raporturile dintre ființa noastră lăuntrică și realitatea externă.

Învățăm astfel, întreaga viață să participăm la marea creație, ca parte a acesteia și bucurându-ne de privilegiul creativității și al transformării. Puterea transformativă se exprimă însă în egală măsură, în creație, ca și în destrucție. Creativitatea, ca și distructivitatea noastră se răsfrîng nu doar asupra exteriorului (mediului), ci și asupra interiorului nostru. Astfel, ne putem autocrea, păstrându-ne și sporindu-ne sănătatea, intrând într-un acord firesc cu mediul psihosocial și fizic, cu ecosistemul, sau ne-o putem submina și distruge, fie din ignoranță, fie din iresponsabilitate, fie din uitare de Sine, fie din pierderea, perversitatea sau rătăcirea valorilor moral-spirituale.

Cu cât suntem mai puțin conștienți de noi înșine, cu atât ne îndepărtăm de la natura noastră sănătoasă, pozitivă, deschisă, potențial creatoare, cu resurse aproape nelimitate în a se adapta, evolua, transforma.

„Natura, din întâmplare sau din necesitate l-a făcut pe om. Omul, a construit ulterior, ca ființă liberă și capabilă de premeditare, propria sa umanitate. A fi om înseamnă a dori să fii liber. Dacă eu cunosc pe dinăuntru libertatea mea posibilă, inteligența îmi arată limitele ei”, este de părere Jaquard Albert (1988).

Psihoterapia experiențială, prin accesul la natura transformărilor de sine și a relațiilor interumane, prin valorile ei pozitive care stau la baza înțelegerii, explorării și asistării ființei umane, se constituie într-o paradigmă a restructurării și dezvoltării persoanei, ca o cale de redobândire și pastrare a sănătății somato-psiho-sociale, de prevenire a alienării. În măsura în care persoana își deblochează, folosește creativ și dezvoltă propriile resurse, făcând față stressurilor și provocărilor existenței, printr-un proces de evoluție conștient, autocontrolat, bazat pe libertatea alegerilor și pe asumarea responsabilității, putem vorbi de adaptare creativă, adică de sănătate în sens larg - somatopsihic, socio-moral, interpersonal și spiritual. Aceasta presupune angajarea persoanei într-un proces de autovindecare, provocarea și activarea resurselor ei compensatorii naturale, potențarea acestora prin regăsirea semnificațiilor și sensurilor reale ale existenței.

Procesul de însănătoșire este pentru experiențialist - o redescoperire de sine, o reîntoarcere la izvoarele proprii, spontane și pozitive, o reintegrare a experienței impasului și a bolii pe o altă treaptă a cunoașterii și pe un alt nivel al conștiinței, o armonizare a tendințelor contrarii printr-o clarificare de sine și învățarea strategiei de „a lucra asupra sieși” și de a te autoschimba.

Acest proces este indestructibil legat de coevoluția spirituală, a terapeutului și pacientului, de dubla responsabilitate a păstrării igienei psihologice și relaționale de către ambii, în cadrul unui proces de devenire, „creștere” și împlinire mutuală, bazat pe respectul libertății valorilor și opțiunilor.

Pentru experiențialist, sănătatea individuală nu poate fi ruptă de sănătatea socială și de cea a mediului natural, adică de respectarea ritmurilor și legilor naturale ale cosmosului. Concepția și modalitatea de abordare este holistă. Calea este armonizarea cu sine, cu alții și cu lumea, obiectivul este autodezvoltarea, autotransformarea sanogenă și autocreația, iar ținta este înaintarea într-o cunoaștere, transcunoaștere și transpersonalizare.

Psihoterapia experiențială are „rădăcini” în filosofia existențială și în gândirea fenomenologică, de aceea ea pune accent pe trăirea și devenirea ființei umane, care este liberă, și prin urmare, responsabilă de propriul destin.

Devenirea personală este un proces de autocreație în care omul trebuie să se implice conștient. Terapeuții experiențialiști consideră că lucrul cel mai important care trebuie protejat la om este unicitatea sa. Fiecare dispune de un potențial latent ce se cere valorificat. Acest potențial este cea mai sigură garanție în lupta cu alienarea, cu „înstrăinarea omului de sine”, cu pierderea sau blocarea spontaneității, autenticității și capacităților creative. Boala psihică poate fi considerată, din această perspectivă, drept o expresie a scăderii potențialului uman prin blocarea posibilităților de manifestare a eu-lui.

Psihoterapeutul experiențialist pune în prim-planul preocupărilor sale trăirea emoției și exprimarea experienței prezente. Principiul său de bază este experiența „aici și acum”, ceea ce îi permite subiectului conștientizarea propriilor percepții, emoții, gânduri și trăiri. Dobândind conștiința propriului eu, persoana va fi capabilă să se pună în acord cu semnificațiile lumii sale interne și externe și să se perfecționeze prin autorestructurare.

Relația terapeutică poartă și ea „amprenta” valorizării omului ca entitate activă, auto-afirmativă. Astfel, rolul terapeutului nu este acela de a-l modifica pe pacient, ci de a-i crea situații experiențiale prin care acesta să devină conștient de propriile disponibilități, pe care, apoi, să le pună în acțiune în scopul dezvoltării propriei personalități.

Terapeutul experiențialist se manifestă ca o ființă omenească disponibilă pentru o relație echilibrată, de la adult-la adult - în care cei doi sunt parteneri în procesul terapeutic. Acceptarea necondiționată a experienței și valorilor clientului, încărcătura afectivă, sinceritatea și deschiderea către comunicarea verbală și non-verbală, sunt câteva dintre caracteristicile de bază în această orientare terapeutică.

Scopul procesului terapeutic este ca pacientul să obțină autonomia, apelând inițial la un sprijin. Terapeutul îl ajută pe pacient să obțină noi informații atunci când își stabilește noi scopuri. În acest demers complex, există trepte, urcușuri și coborâșuri pe care relația terapeutică le face să fie depășite mai ușor. În cadrul noilor experiențe cu sine, cu ceilalți și cu terapeutul, apar noi posibilități pentru pacient de a se „vedea” pe sine mai clar și de a beneficia de avantajele insight-urilor pe care le trăiește în timpul terapiei. Acestea devin câștiguri experiențiale ale pacientului, ajutându-l în autoacceptare.

Conceptele de bază în terapiile experiențiale sunt **spontaneitatea** și **autenticitatea**, iar instrumentul preferat este **autodezvăluirea** ca o ființă omenească autentică și afirmarea identității unice în confruntarea cu alții, cu familia, cu grupul. Atât în terapia individuală, cât și în cea de grup sau de familie, terapeutul promovează comunicarea liberă experimentarea interacțiunii, interesele lui fiind centrate pe stimularea comportamentului spontan și pe trăirea sentimentelor. El este preocupat de cum se comportă pacientul în cadrul familiei, în situațiile legate de serviciu sau contact comunitar, de relațiile sale cu cei apropiați și mai puțin de cauzele acestui comportament, evitând interogațiile de tip „de ce?”, precum și interpretările. În felul acesta experiențialistii se diferențiază atât de psihanalisti, cât și de comportamentaliști, dezavuând punctul de vedere determinist, precum și abordarea manipulativă a omului.

Experiența permite manifestarea creativității personale și interpersonale, în strânsă legătură cu funcționarea optimă a personalității umane. Procesul autocreării implică, după Schutz (1969) 5 etape sau condiții psihologice: achiziția, asociația, expresia, evaluarea și perseverența.

- **Achiziția.** Procesul autocreativ presupune ca punct de plecare existența elementelor experiențiale. Acumularea lor necesită deschiderea către noi experiențe, capacitatea de a percepe mediul exterior și de a-ți conștientiza propriile sentimente. Elementele experiențiale înseamnă informația și experiența internalizate de individ. Persoana deschisă către experiență, capabilă de simțire, acumulează mai multe elemente experiențiale decât persoana rigidă, care nu-și permite manifestarea propriilor sentimente.

Atât deschiderea către experiență, cât și inhibiția, se pot manifesta la nivele diferite de conștiință. La nivel conștient, capacitatea de a învăța a unei persoane este relaționată cu dezvoltarea sa emoțională. Există multe blocaje emoționale în ceea ce privește învățarea. Anxietatea, temerile acumulate în copilărie, conflictele nerezolvate, distorsionează percepția. De exemplu, unele persoane evită implicarea emoțională într-o relație, datorită temerilor de respingere. A ajuta o persoană să-și învingă inhibiția, să devină mai deschisă către experiență, înseamnă deblocare emoțională și extensia conștiinței de sine (ceea ce presupune conștientizarea propriilor sentimente).

- **Asociația.** Aceasta este o etapă a procesului autocreativ care se referă la combinarea elementelor experiențiale în diferite modalități: informații, senzații și emoții, toate extrem de importante pentru activitatea creativă. Și combinarea elementelor experiențiale poate fi blocată la nivel inconștient. Multor oameni le este temă de ceea ce le-ar putea releva inconștientul cu privire la ei înșiși. Pentru aceștia, jocul asociativ reprezintă o mare dificultate. A restricționa manifestarea inconștientului înseamnă a-ți limita posibilitățile de creștere.

Esența asociației constă în realizarea de conexiuni între elementele ce nu sunt conectate în mod evident. Așadar, dezvoltarea depinde de posibilitățile persoanei de a-și explora gândurile și emoțiile trăite, astfel puțin descoperi relațiile dintre ele.

- **Expresivitatea.** Atât la nivel conștient, cât și la nivel inconștient, există limite privind expresivitatea unei persoane. Schutz consideră că educația tradițională este un factor foarte important care, acționând la nivel conștient, limitează expresivitatea unei persoane. Există norme speciale care trebuie respectate, devierea de la aceste norme putând fi interpretată ca anormalitate. Factorii socio-culturali acționează însă și la nivel inconștient. De exemplu, asocierea unor manifestări artistice cu comportamente exhibitiv, imorale sau iresponsabile, este un factor care blochează conștient și inconștient - expresivitatea umană. Un pas pe calea dezinhibiției poate fi făcut prin crearea în cadrul grupului experiențial, a unei atmosfere de explorare reciprocă a laturii expresive a fiecărui membru al grupului.

- **Evaluarea.** Acest aspect se referă la relevanța unui anumit comportament pentru o situație dată. Comportamentul rezultat în urma asocierii anumitor elemente experiențiale trebuie să fie nu numai creativ, ci și util. Blocajele emoționale împiedică evaluarea reală. Teama de a nu dezamăgi pe alții, de a nu se autodezamăgi, nesiguranța privind propria competență sau un perfecționism compulsiv, reprezintă piedici în calea unei evaluări corecte a propriilor rezultate. Pe de altă parte, dorința de a te impune, tendințele competitive, reprezintă piedici în evaluarea corectă a rezultatelor altora.

- **Perseverența.** Ideile creative și comportamentul creativ nu sunt de ajuns pentru o auto-transformare reală. Aceasta implică și o atitudine de perseverență. Ideea creativă trebuie „maturată”, trebuie „trăită”, înainte de a fi exprimată. Lipsa de perseverență poate însemna pierderea unei idei valoroase. Atitudinea ostilă față de autoritate poate constitui unul din blocajele privind perseverența.

Unii oameni se confruntă permanent cu autoritatea negativă internalizată, ceea ce îi împiedică să finalizeze un act creativ, inclusiv cel de a se autotransforma. „Pot face ceva mai bun decât ceea ce au făcut specialiștii din acest domeniu”, spun cei care nu și-au rezolvat conflictele legate de autoritate.

Pe parcursul cărții se vor prezenta în detaliu metodele, tehnicile, strategiile, studiile de caz relevante și rezultatele care exemplifică modul în care principiile generale ale orientării psihoterapeutice experiențiale prind viață sau „sunt puse în scenă”.

De aceea, dedicăm cartea tuturor acelor interesați de căile posibile ale dobândirii sănătății într-o manieră holistică - somato-psiho-socio-spirituală, tuturor celor aflați în căutarea mijloacelor de dezvoltare personală și autorestructurare, a unui mod de a fi mai autentic și pozitiv în relațiile cu sine, cu alții și cu lumea.

Prof. dr. Iolanda Mitrofan

---

## Capitolul 1

---

# GESTALT-TERAPIA DE LA CONȘTIENTIZARE DE SINE LA ADAPTARE CREATIVĂ ȘI INTEGRARE HOLISTĂ

*Iolanda Mitrofan*

### CUPRINS

1. Frederick Perls - un terapeut charismatic pentru o terapie holistă . . . . .	20
2. Fundamentele teoretice ale școlii terapeutice gestaltiste. . . . .	21
Începuturi și schimbări actuale . . . . .	21
2.1. Psihologia gestaltistă. . . . .	21
2.2. Perspectiva fenomenologică și teoria câmpului. . . . .	21
2.3. Perspectiva existențialistă în dialogul gestalt-terapeutic . . . . .	22
2.4. Caracteristicile relației terapeutice . . . . .	24
2.5. Terapia gestaltistă versus alte forme de terapie . . . . .	25
2.6. Gestalt-terapia în actualitate . . . . .	26
3. Abordarea personalității în terapia gestaltistă. . . . .	28
4. Ciclul experienței gestalt și teoria schimbării în terapia gestaltistă . . . . .	36
5. Procesul psihoterapeutic gestaltist (obiectiv, principii de desfășurare, modalități metodologice) . . . . .	42
5.1. Obiectivul gestalt-terapiei . . . . .	42
5.2. Indicații terapeutice. . . . .	42
5.3. Principiile practicării terapiei gestaltiste. . . . .	42
5.4. Stiluri, modalități și tehnici de lucru în terapia gestaltistă . . . . .	45
6. Rezultatele unui model recuperator neconvențional, bazat pe analiză bioenergetică și gestalt terapie în cazurile cu torticolis, de etiologie și expresie psihogenă. . . . .	53
6.1. Cine și cum este bolnavul de torticolis psihogen. Profilul personalității . . . . .	54
6.2. Simptomul-țintă, din perspectiva obiectivului și modelului terapeutic aplicat . . . . .	54
6.3. Desfășurarea procesului terapeutic. . . . .	56

## 1. Frederick Perls - un terapeut charismatic pentru o terapie holistă

Personalitatea lui F. Perls este profund implicată în „nașterea” și destinul Gestalt-terapiei și într-un fel, ea conține miezul, ideile și direcțiile de bază ale unei abordări terapeutice invatoare, de factură experiențial-holistă. Această nouă „psihotehnologie” a restructurării și optimizării ființei umane se întemeiază pe o concepție generoasă privind resursele creative spontane ale omului, care pot fi activate, direcționate și transformate de către persoana însăși - în căi naturale de vindecare și dezvoltare.

Fără nici o exagerare, psihoterapia creată de Perls, asistat de soția sa Laura Perls, la începutul anilor '40, poartă amprenta naturii complexe, creative și autonome a fondatorului ei. Ea conține nu doar o doză de nonconformism menită să restructureze concepțiile, fie comode-simpliste, fie elitiste și sofisticate în probleme de psihoterapie, ci și o resuscitare a unei concepții mai apropiate de naturațea și autenticitatea ființei umane, de sensul fundamental al devenirii ei. Astfel, inventiv și debordant, Perls descoperă soluții de explorare și conștientizare inedite și fertile, de la valențele comunicante, simbolice ale limbajului corporal, la conștientizarea și „transformarea unificatoare a părților neintegrate ale eu-lui”, printr-un mod mai responsabil de a intra în contact cu sine și cu lumea.

Terapia gestaltistă angajează plenar experiența focalizată perceptual, afectiv, imaginativ și acțional, aici și acum, printr-o diversitate impresionantă de modalități de dialog și tehnici de joc de rol provocativ. Toate acestea devin „vehicolul” conștientizării de sine, al redescoperirii și reevaluării personale, al autorestructurării prin resurse proprii. Ele conduc în final la creștere și dezvoltare personală, gestalt-terapia aparținând astfel, prin scopuri și metodologie, psihoterapiilor umanist-experiențiale și fiind poarta de intrare în domeniul dezvoltării transpersonale.

Insight-ul, prin autoexplorare și învățarea strategiei de a te conștientiza și autotransforma, în măsura în care te accepți, te asumi și decizi liber, cu deplină responsabilitate, constituie paradigma acestei psihoterapii, care

depășește creativ și realist, atât abordările psihodinamice, cât și cele comportamentale.

Părintele gestalt-terapiei a fost inițial psihiatrist, dar ulterior și-a completat și depășit formația prin înglobarea selectivă în cadrul concepției și stilului său terapeutic inovativ, a gândirii fenomenologice și existențialist-umaniste. Deși exegeții săi actuali nu precizează existența vreunei influențe recunoscute de autor, din direcția gândirii orientale, în ceea ce ne privește, remarcăm coincidențe și similitudini surprinzătoare, în special în abordarea focalizată și în unele tehnici de conștientizare de sine și de autotransformare (v. Vijnana Bhairava Tantra sau Cartea secretă esențială a căii tantrice - comentată de Osho, vol 1 și 2, Ed. Ram, 1997).

Ca și în cazul lui Rogers, personalitatea lui Perls este importantă în conceperea și aplicarea psihoterapiei sale și este unanim recunoscut caracterul inconfundabil și fascinant, charismatic al acestui fondator de școală, atât de către pacienții săi, cât și de către elevii și continuatorii săi. Simțul artistic și intuiția sa desăvârșită, spontaneitatea și flexibilitatea contactului, prezența sa energizantă și luminoasă a impus și a indus o multitudine de psihoterapeuți care i-au continuat și îmbogățit munca

Un scurt istoric al periplului existențial al lui F. Perls ni se pare necesar. În 1926 îl găsim pe Fritz la Frankfurt pe Main, în calitate de asistent al lui K. Goldstein și tot acum, o cunoaște pe cea care îi va deveni soție și cofondator al terapiei gestaltiste — Laura Perls. El se afla sub influența psihologiei gestaltiste și a filosofiei existențialiste. Se pregătește ca psihiatrist, fiind atras în special de W. Reich (care în 1930 i-a fost și analist), de Karen Horney și de O. Rank. De la maestrul său Reich, Perls preia interesul pentru „lucrurile cu corpul”, fiind câștigat pentru ideea înțelegerii funcționării motricității ca o „armură”, care blochează sau încifrează emoții și experiențe trăite.

Concepția lui Perls despre om și despre terapie este influențată de trei contacte intelectuale semnificative în dezvoltarea sa (apud G. Yontef, J. Simkin, 1989, p. 329):

- S. Friedlander, din a cărei filosofie a încorporat conceptele de „gândire diferențială” și „indiferență creativă”, pe care le întrezărim în prima carte a lui Perls: „Eul, foamea și agresiunea”, apărută în 1947;

- Jan Smuts, autorul celei mai importante cărți despre holism și evoluție, scrisă dintr-o perspectivă gestaltistă asupra ecosistemului, cel care a introdus de altfel termenul „holism”. Cu acesta, Perls intră în contact în Africa de Sud, unde se refugiază de prigoana nazistă;

- A. Korzbyski, autor în domeniul semanticii, care a avut o influență importantă în dezvoltarea intelectuală a lui Perls.

Un aport semnificativ în activitatea lui Fritz îl are și Laura Perls, de formație psiholog, licențiată la Universitatea din Frankfurt (1932). Ei i se datorează multe dintre influențele gestaltiste, existențialiste și fenomenologice, ea fiind o admiratoare a lui Martin Buber și P. Tillich.

## 2. Fundamentele teoretice ale școlii terapeutice gestaltiste — începuturi și schimbări actuale

Fundamentele teoretice ale gestalt-terapiei sunt identificate în câteva domenii de interes: psihologia gestaltistă, abordarea fenomenologică și teoria câmpului, perspectiva existențialistă.

### 2.1. Psihologia gestaltistă

Psihologia gestaltistă îi îmbogățește lui Perls perspectiva psihiatristică freudiană asupra persoanei, prin două concepte importante: gestalt (configurație) și restructurare spontană a acestuia prin experiența imediată, „aici și acum”.

Gestaltismul consideră că organismele percep instinctiv structurile în mod global, și nu doar părți sau elemente ale acestora. Structura (configurația sau gestaltul) are caracteristici noi ce nu pot fi reduse la suma și analiza părților. Pe de altă parte, percepția însăși este un proces activ și structurant și nu doar un rezultat al receptării pasive a stimulilor de către organele senzoriale. Situațiile percepute, la rândul lor, au un grad de organizare internă. Prin experiență directă, aici și acum, organis-

mele, utilizându-și capacitatea motrică, au capacitatea de a percepe corect, structurând și decodificând semnificația structurilor percepute. În cercetarea fenomenologică, dar și în terapia care utilizează explorarea fenomenologică, se poate dobândi capacitatea de a conștientiza semnificația ascunsă în cadrul unei structuri studiate. Aceasta se referă atât la propria structură psihică, cât și la relațiile dintre elementele unor structuri externe (lumea, evenimentele, alții) și persoana respectivă. Relațiile cu sine și cu lumea pot fi astfel înțelese din perspectiva experimentării lor, „aici și acum”, prin focalizare și descoperire a înțelesului lor autentic. Aceste relații pot fi ulterior restructurate în baza descoperirii noilor înțelesuri și sensuri (noul gestalt) și transformate în noi moduri de comportament, noi atitudini, noi resurse de adaptare creativă.

Se considera că oamenii percep în mod natural, spontan, structurile realității, că ei reconfigurează și restructurează firesc, atât în planul cunoașterii, cât și al comportamentului. Astfel, ei au virtual asigurată calea spre adevăr și evoluție. Aceasta pentru că ei sunt sisteme deschise, autoorganizatoare și exploratorii, active, deci transformative.

### 2.2. Perspectiva fenomenologică și teoria câmpului.

Abordarea fenomenologică permite ființei umane să discrimineze între ceea ce percepe și simte în prezent de ceea ce este rezultat pe baza experiențelor trecute. Wertheimer (1945, p. 331) preciza că în explorarea gestaltistă se utilizează nemijlocit percepția „naivă”, nealterată de învățare. Terapia gestaltistă va transforma această explorare fenomenologică într-o metodă vie centrată pe „subiectivitatea insului” așa cum este ea experimentată de el în prezent, simțită și trăită în relația sa cu realul. Persoana este concepută în spațiul său de viață ca un câmp, iar conform teoriei câmpului, orice eveniment care are loc într-o parte a câmpului se resimte într-un fel sau altul în toate celelalte părți. Într-un câmp, părțile sunt în relații directe și responsive unele față de altele, fiecare influențând totul, așa încât, orice acțiune care are loc în terapie, nu se



adresează doar unui aspect al personalității, ci tuturor, conform unui foarte vechi și în același timp recent redescoperit principiu care postulează că și întregul se regăsește în parte, nu numai partea în întreg. **Principiul holonomic** propriu funcționalității psihicului, acționează și în plan biologic și este argumentat de teoriile de câmp din fizica modernă, depășind diviziunea carteziană și mecanicismul newtonian. „Fascinant cum știinta secolului al XX-lea, care își are rădăcinile în separarea carteziană și în modelul mecanicist și a cărei dezvoltare a fost posibilă tocmai datorită acestor concepții, depășește acum această fragmentare și se întoarce la ideea de unitate, exprimată de mult în filosofia gracă și în mistica orientală” comentează Fritjof Capra în cartea sa: „Taofizica” (1995, pag. 21). Și același autor precizează, în continuare: „Prin contrast cu viziunea occidentală mecanicistă, concepția orientală este „organică”. Pentru misticii orientului, toate lucrurile și toate evenimentele percepute de simțuri sunt intercorelate și nu există de fapt, decât manifestări, aspecte diferite ale aceleiași realități ultime. Tendința noastră de a fragmenta lumea perceptibilă și de a ne gândi pe noi înșine ca ego-uri izolate în această lume e considerată o iluzie născută de mentalul nostru mereu înclinat spre evaluare și clasificare. Filosofia budistă o numește avidya (ignoranță), și consideră că ea este o stare de perturbare a mentalului, stare ce trebuie depășită: „perturbarea mentalului produce multiplicitate, pacea sufletului readuce unitatea.” (idem op. cit. pag. 21). La rândul său, Perls, are și el o concepție „organismică” asupra omului și mediului, pe care le concepe ca fiind în consonanță dinamice, în interacțiune evolutivă, bazată pe unificare prin integrarea polarităților. Deși nu afirmă nicăieri explicit vreo preluare a concepției orientale, Perls, ca și predecesorul și maestrul său Reich și nu mai puțin de contemporanul lor, marele Jung, se regăsește (sincronicitate?) prin fundamentele concepției sale despre om și munca terapeutică asupra mentalului, în preceptele și teoriile orientale.

Terapeuții gestaltiști lucrează asupra câmpului fenomenologic al persoanei sau al grupului, „hic et nunc”, atenți la modul în

care acesta include „reziduuri” ale trecutului trăit, fixate sau exprimate simbolic în poziții ale corpului (atitudini posturale), în obiceiuri, în convingeri și comportamente. Ei caută să declanșeze în clienți capacitatea de a deveni observatori conștienți în prezent ai propriilor lor trăiri și experiențe trecute, readuse pe „scena prezentului” și reexperimentate pentru a deveni comprehensibile. Starea de observator conștient sau de martor al propriilor experiențe existențiale, emoții și sentimente este facilitată, provocată și dezvoltată la clienți, în scopul dobândirii unei distanțe psihologice care să permită reevaluarea și integrarea acelor părți ale eu-lui respinse, negate sau ignorate și re-armonizarea lor cu întregul. Acceptarea de sine nu se poate produce decât în condițiile unei înțelegeri lucide a sinelui, a motivațiilor, scopurilor și resurselor sale potențiale, precum și prin unificarea polarităților (în accepțiunea lui Perls) sau contrariilor (în accepțiunea lui Jung).

Dacă abordările câmpului sunt mai degrabă descriptive decât interpretative, speculative sau clasificatorii, accentuând pe observare, descriere și explicarea structurii exacte a obiectului studiat, terapia gestaltistă reușește să depășească aceste limite în explorarea datelor nedisponibile prin observare directă cu ajutorul metodei focalizării (concentrării) de către subiectul însuși asupra universului său interior, în care este dirijat, pas cu pas, ca de un adevărat fir al Ariadnei derulat de către terapeut. Clientul, nu numai că ajunge să-și dezvăluie și înțeleagă pe cont propriu problemele, reacțiile, și experiențele trăite, adică să se autoconștientizeze, ci este provocat și susținut să experimenteze noi moduri de a fi și de a simți, de a acționa și de a înțelege, prin intermediul unei palete tehnice remodelatorii diversificate, incluzând jocul de rol, dialogul „părților eu-lui”, tehnica metapozițiilor, tehnica „locului fierbinte”, tehnica „scaunului gol”, lucrul cu metafora corporală și fantezia ghidată etc.

### 2.3. Perspectiva existențialistă în dialogul gestalt-terapeutic

Punctul de vedere existențialist postulează că oamenii sunt într-un proces natural și continuu de autodescoperire și autorestructurare.

Fiecare persoană se confruntă mereu cu noi probleme, noi orizonturi și noi posibilități de devenire. În această devenire, pentru fiecare contează ceea ce experimentează el însuși, ceea ce trăiește el în mod unic: bucurii sau tristeți, realizări sau frustrații, împliniri sau eșecuri, sănătate sau suferință. Cu toate acestea, majoritatea oamenilor acționează și trăiesc într-un context inautentic, al unei gândiri convenționale, standardizate, „învățate” și preluate prin presiunea grupului de apartenență, care pe lângă vocația socializatoare își exercită și una alienantă, mistificatoare. Standarde și opreliști socio-culturale, educaționale sau simple inducții imitative contribuie împreună la obscurizarea realității subiective și chiar obiective, așa cum este ea, ori la îndepărtarea ființei de ea însăși, de esența ei pozitivă și creatoare. Astfel, omul învătă și se obișnuiește să se mintă pe sine în raport cu alegerile și deciziile sale, uneori, chiar în raport cu nevoile sale cele mai legitime. El își creează treptat o falsă imagine de sine, bază a unei conduite inautentice. El ajunge să trăiască într-un fel, ca și cum ar fi altcineva, sau în locul altcuiva (părinte, fiu, soț, bărbat, femeie, stăpân, sclav, lider, marginalizat, etc.) El începe să joace „roluri” care nu-l reprezintă, dar pe care le preia prin forța împrejurărilor, prin forța „modelelor”. Adesea, uită cine este și ce vrea de fapt, încotro se-ndreaptă și de ce? ! Se lasă purtat de val, și cu cât se-ndepartează mai mult de sine, cu atât este mai nefericit, cu atât mai mult suferă. Suferă în relațiile cu alții, în relațiile cu sine, în relațiile cu viața. Suferă psihic și somatic.

Autoînșelarea este baza inautenticității, iar viața care nu se sprijină pe adevărul propriei ființe în lume conduce la anxietate și sentimente de vinovăție. „Terapia gestaltistă oferă un mod de a fi autentic și deplin responsabil pentru sine; devenind conștient cineva devine capabil să aleagă și să organizeze propria sa existență într-o manieră plină de sens” (Jacobs, 1978, Yontef, 1982, 1983). Cel mai important aspect al terapiei este relația dintre terapeut și client, care în gestalt-terapie capătă forma dialogului existențial bazat pe experiența contactului de graniță. Noțiunea de contact semnifică în terapia gestaltistă posibilitatea indivizilor de a crește și de a-și forma iden-

tități, prin experiența trasării granițelor dintre eu și non-eu, precum și a interacțiunii eu-lui cu non-eul prin menținerea identității proprii. Prin dialogul terapeutic denumit și experiența dialogică, clientul este stimulat să-și dezvolte resursele pentru contactul dorit sau pentru retragere, adică propriul lui suport. Acest suport poate fi corporal (respirator, postural, energetic) sau informațional (verbal). Cu alte cuvinte, suportul, atât cel nonverbal, cât și cel verbal, mobilizează resursele persoanei pentru contact, prin experimentarea unui model comportamental al sinelui, așa cum este el în realitate și cum se dezvăluie în cadrul relației cu terapeutul și cu grupul. La rândul său, terapeutul se angajază în dialog direct, autentic și responsabil, cu acceptare, grijă și căldură, autodezvăluindu-se de pe aceste poziții în experiența dialogică, dar evitând pe cât este posibil manipularea relației clientului cu el însuși și cu alții. Deși terapeutul gestaltist este de cele mai multe ori activ și directiv în munca de explorare și conștientizare, orientând-o pas cu pas, el nu va sugera și nu va direcționa în nici un fel conținutul experienței personale a clientului, evitând constant să-i manipuleze alegerile și reacțiile sau înțelegerile personale, dar creându-i din aproape în aproape condiții psihologice pentru producerea insight-urilor clarificatoare. Din acest punct de vedere, conducerea dialogului gestaltist este un proces de descoperire de sine și de autoconștientizare și nu unul de interpretare și de modelare prescriptivă a subiectivității insului. Terapia gestaltistă își propune astfel să sporească șansele omului de a fi mai conștient de sine și de a lucra asupra lui însuși prin dezvoltarea propriilor resurse creative, transformativă, în consens cu scopurile sale asumate, pe deplin responsabil, implicat, „trezit”.

Terapeutul gestaltist ajută clientul să dobândească strategia autotransformării comportamentului său prin revelarea sensurilor interne și externe ale acestuia. Această strategie a capacității de a te autocontrola, autoregla și schimba în bine nu este altceva decât dobândirea conștiinței procesului de conștientizare, accesului nelimitat la propria-ți autenticitate, la sine. Terapia gestaltistă nu îl ajută pe client să devină doar mai conștient de sine, ci mai

ales cum să devină mai conștient, mai responsabil și mai eficient cu sine și cum să-și utilizeze capacitatea de conștientizare în scopul creșterii și autosusținerii personale.

Mai mult decât în alte forme de terapie, în gestalt-terapie, pacientul este văzut mai curând ca un colaborator care va învăța cum să se vindece. Experiența imediată a pacientului este în mod activ utilizată, iar atitudinea lui de căutare, formulare de soluții proprii și punere în acțiune a acestora „aici și acum” constituie chiar miezul metodei. De exemplu, unui cuplu cu dificultăți sexuale psihogene i se poate cere să practice tehnici senzitive focalizate, exploratorii, tocmai pentru a stimula experiența de redescoperire și reinvestire a trupurilor și persoanelor cu noi semnificații și în nici un caz, nu i se vor prescrie modele comportamentale de acuplare mai eficiente (ca în terapia behavioristă) și nici nu i se vor „servi” interpretări, explicații și recomandări, ca în terapia cognitivă, și cu atât mai puțin nu va fi încurajat și interpretat transferul, atunci când apare, ca în terapiile psihodinamice. Gestalt-terapia acționează prin utilizarea prezenței active și vindecătoare a terapeutului și a pacientului, aflați în contact autentic, adevărat, conectați ca persoane libere și responsabile într-un proces de „creștere împreună”.

#### 2.4. Caracteristicile relației terapeutice

Relația terapeutică presupune în gestalt-terapie existența a patru caracteristici ale dialogului (după G. Yontef și J. Simkin, 1989, pag. 325):

- **Includerea.** Aceasta înseamnă a pune pe fiecare, în cea mai mare măsură posibilă, în experiența altuia, „în pielea altuia”, fără a-l judeca, analiza sau interpreta, în timp ce-și păstrează simultan sensul prezenței sale separate, autonome, ca martor sau observator focalizat. Se practică, în alți termeni, un mod de a-l experimenta pe celălalt, de a-l simți și trăi din interior (fie acesta o persoană semnificativă din viața subiectului, fie pe altcineva din grupul terapeutic, fie chiar pe sine însuși într-o altă ipostază, din alt timp și loc). Includerea centreză dialogul terapeutic pe explorarea și conștientizarea relației eu-tu sau eu-el, din perspectiva lui „tu” și a lui „el”.

- **Prezența.** Terapeutul gestaltist se exprimă pe sine pacientului, se face simțit de către acesta, i se dezvăluie. În mod regulat, judicios și cu discriminare, prezența terapeutului se exprimă prin observații, preferințe, sentimente, experiențe personale trăite aici și acum, gânduri. Împărtășindu-și propria experiență, ceea ce simte în dialog, terapeutul îl ajută pe pacient să învețe să aibe încredere și să-și utilizeze experiența imediată pentru a-și crește gradul de conștientizare. În felul acesta, el modelează raportul fenomenologic și evitând să-i ofere interpretări sau soluții, prin chiar prezența lui, îl determină pe client să se deblocheze, să se bizuipe pe experiența lui imediată ca instrument de creștere a autoconștientizării, să se autodescopere și autoînțeleagă. Astfel, prezența vie, autentică a terapeutului și abținerea de la propriile interpretări, facilitează dezvoltarea prezenței autonome, implicate și active a clientului, evitând dependența terapeutică, atât de frecventă în alte terapii, care practică un alt tip de relație terapeutică (ca de pildă, prezența neutrală și frustrantă în psihanaliză — ca modalitate de declanșare a transferului ce structurează ulterior relația pe modelul „părinte-copil” sau „medic-pacient”, sau cea expert-atotștiutoare și manipulativă în terapia cognitivă și în cele comportamentale, pe modelul „profesor-elev”).

- **Responsabilitatea în a dialoga.** Contactul terapeutic este mai mult decât a face ceva unul pentru altul. El este ceva ce se întâmplă între doi oameni și care rezultă din interacțiunea dintre ei. De aceea, terapeutul gestaltist are răspunderea modului în care se întâmplă dialogul, abandonându-se pe sine și implicându-se în interacțiune, dar implicându-l în egală măsură și pe client să devină responsabil de acest dialog. Aceasta permite contactului să se realizeze, mai curând decât să fie manipulat, „făcut” în scopul urmăririi, (controlării) unui rezultat. Se înțelege de aici, că răspunderea pentru dialog este de a-l lăsa să se desfășoare ca un fenomen natural, sincer, autentic participativ și nu artificial, contrafăcut intențional.

- **Dialogul este trăit, simțit, pe viu.** În terapia gestaltistă dialogul este mai mult decât „a vorbi”. El este mai ales trăit, simțit, experimentat pe viu, în minte și în trup, deodată.

De aceea modalitățile de dialog sunt foarte diverse și dinamice, putând implica mijloace expresiv-artistice: dansul, mișcarea simbolică expresivă, ritmurile și sunetele, muzica și cuvântul. Metafora, în expresie verbală, ritmic-melodică sau corporală, devine unul din instrumentele-cheie în dialogul gestalt terapeutic, sporindu-i puterea vindecătoare și transformativă. Toate aceste modalități de comunicare declanșază și mobilizează energiile dintre participanți, punându-le în mișcare. Explicarea experienței prin mijloace expresive non-verbale, constituie o importantă contribuție a gestalt-terapiei în largirea posibilităților de experimentare fenomenologică. Trebuie precizat însă că interacțiunea terapeutică este limitată de principii etice, de adecvare („ce se potrivește”), de sarcina terapeutică, etc.

Aceste caracteristici ale modului în care se desfășoară dialogul terapeutic gestaltist permit producerea unor modificări semnificative și destul de rapide în modul de a fi al pacientului și de a se raporta la problemele sau simptomele sale. Chiar și un psihanalist - S.A. Appelbaum, referindu-se la gestalt-terapie (1976, în C. Hatcher și P. Himelstein, pag. 757) remarcă: „În gestalt-terapie, pacientul învață repede să facă distincție între idei și ideatie, între vechile gânduri obsesive, bine-bătătorite și noile gânduri, între stările trăite și stările generate de stările trăite (adică dintre experiențe trăite și gândurile și sentimentele apărute în urma acestor experiențe trăite - n.n.). Scopul gestaltistului este să urmărească experiența și nu explicațiile, bazându-se pe credința că insight-ul care emerge ca gestalt este mult mai potent decât insight-ul dat de terapeut. El ajută, atât pacientul, cât și terapeutul să traseze și să mențină aceste importante distincții”.

#### 2.5. Terapia gestaltistă versus alte forme de terapie

Câteva precizări privind specificul terapiei gestaltiste comparativ cu alte forme de terapie ni se par necesare:

- este o terapie care utilizează atât mecanismele inconștiente, cât și cele conștiente, centrată pe experimentarea aici și acum și pe conștientizarea focalizată atât a experiențelor interne (afective și cognitive) cât și a celor

externe (de relație și comunicare). Se deosebește de metodele comportamentale (centrate exclusiv pe condiționarea controlului asupra stimulilor asociați simptomelor), dar și de metodele psihanalitice preocupate dominant de cauza bolii, coincidența cu motivația inconștientă ce poate fi conștientizată prin analiza transferului și interpretare, deși cu aceasta din urmă are unele puncte comune, în special în abordarea temelor caracterologice. Terapia gestalt operează în ambele planuri ale existenței, intern-inconștient și extern-conștient, pe care încearcă să le armonizeze și unifice prin conștientizare și învățare a modului în care conștientizezi experimentând, ceea ce deschide o cale cu totul nouă în terapie: calea dezvoltării personale, a restructurării responsabile și creative, a autorealizării prin experiența directă, a transformării de sine.

- se deosebește de terapiile de modificare cognitiv-comportamentală, rațional-emoțională și de alte terapii care încearcă să asigure un control direct asupra simptomelor (hipnoză, chimioterapie, electroșocuri, biofeed-back) care nu sunt preocupate de experiența pacientului, și nici de autoresponsabilitate și autosupport. Spre deosebire de aceste terapii care operează în registrul prescripțiilor și al lui „trebuie” („ceea ce trebuie făcut”), terapia gestaltistă accentuează conștiința „a ceea ce este”, a clarificării și acceptării a ceea ce este persoană, creând astfel o bază reală pentru ca aceasta să se poată reevalua, unifica în interior prin armonizarea polarităților aflate în conflict și evident, abia în aceste condiții, să se poată auto-modifica.

- terapia gestaltistă descurajază intelectualizările, explicațiile, atât de utilizate de majoritatea terapiilor, atât psihodinamice, cât și cognitiv-comportamentale, încurajând procesul de descoperire prin experimentare. Astfel, deși operează ca și psihanaliza cu conceptul de „insight”, acesta are o valență reconstructivă mult mai realistă, fiind rezultatul experimentării cu sine și cu alții, și nu doar o conexiune clarificatoare în planul înțelegerii.

Acțiunile mentale ca și cele comportamentale (suscitate prin tot arsenalul tehnic al terapiei gestaltiste) ce conduc la insight sunt de natură să producă în mai mare măsură, mai

sigur și pe mai lungă durată, fără a crea dependența terapeutică, schimbări benefice, spre deosebire de insight-ul psihaanalitic care are o arie mai restrânsă de acțiune — exclusiv în plan afectiv și cognitiv. E de presupus, în ordinea demersului psihaanalitic, că și schimbările comportamentale vor surveni în consecință. Dar aceasta rămâne adesea doar o simplă presupunere, confirmată și de durata uneori excesiv de lungă a tratamentului psihaanalitic, justificată prin creșteri nesemnificative în optimizarea relațiilor clientului cu sine, cu alții și cu lumea. Și chiar dacă simptomele unei afecțiuni psihogene se pot ameliora sub cura psihaanalitică, adesea ele pot fi înlocuite cu alte probleme de adaptare și integrare socială. Această observație ne atrage atenția asupra incompletitudinii ariei de abordare psihologică în psihaanaliză, centrată dominant intelectualist și parțial afectiv. În replică, terapia gestaltistă, prin multidimensionalitate și abordare holistă completează aria de lucru psihaanalitic prin cuprinderea mecanismelor perceptuale, imaginative, creative (puternic dinamogene și transformativ), alături de cele emoționale și simbolice-intelective, iar componenta acțională, externă, nu este nici ea neglijată. Dimpotrivă, lucrul cu corpul și suportul energetic, acțiunea prin joc de rol și tehnici expresiv-corporale sunt extrem de importante în practica experiențială de factură gestaltistă, asigurând trecerea din planul înțelegerii și proiectului mental, în cel al realității comportamentale, al opțiunii responsabile și deciziei autoasumate. Terapeutul gestaltist concepe terenul său de acțiune ca pe o structură biopsihosocială, incluzând organismul și mediul, considerate la fel de importante. De aceea, el nu exclude nici o dimensiune relevantă a vieții, de la variabilele fiziologice, la cele motivaționale, cognitive și sociale.

• arsenalul tehnico-metodologic în terapia gestaltistă este flexibil, complex și eclectic, adaptabil de la caz la caz, în vreme ce alte sisteme terapeutice preferă o modalitate tehnică de bază, de obicei intelectualizarea (fie bazată pe asociere liberă și interpretare în terapiile psihodinamice, fie pe evaluări experte și prescripții în terapia rațional-emoțională, în modificarea comportamental-cognitivă și în terapia

realitate). În extrema cealaltă se situează terapia rogersiană nondirectivă sau centrată pe client, în care pasivitatea comprehensivă în care se situează terapeutul utilizează exclusiv tehnica răspunsului-reflectare, încurajând doar clarificarea și maturizarea emoțională. Astfel, în terapia gestaltistă orice tehnică poate fi bună, cu condiția ca ea să fie focalizată spre creșterea conștientizării, să decurgă din dialog, să stimuleze creativ activitatea de explorare fenomenologică și de preluare a autocontolului în procesul de transformare și să se încadreze în rigorile etice și deontologice. Până la urmă, nu tehnicile sunt cele mai importante în terapia gestaltistă, cât maniera în care ele sunt îmbinate, modificate liber de la situație la situație, astfel încât să provoace și să ofere un suport în munca de autodescoperire a pacientului, dinamizând procesul terapeutic. Se consideră că atunci când tehnicile sunt utilizate într-o manieră analitic-cognitivă, ele îndepărtează clientul de munca de conștientizare și experimentare, blocând, prevenind sau neutralizând procesul dezvoltării organismice, integrative. (G. Yontef și J. Simkin, 1989, p. 328). O mai fericită combinație metodologică constă în integrarea conceptelor analizei tranzaționale pe terenul gestaltist, sunt de părere aceiași autori. Astfel, stările ego-ului (părinte, adult, copil), ca și scenariile de viață detaliate în analiza tranzațională pot fi transpuse într-un limbaj gestaltist și făcute să prindă viață prin experimentare și dialog existențial.

## 2.6. Gestalt-terapia în actualitate

Deși opera scrisă a lui F. Perls este destul de redusă, ea este suficient de concentrată pentru a semna actul de naștere al unei școli.

După prima sa lucrare publicată în 1946, „Eul, foamea și agresiunea” — „Ego, Hunger and Aggression” — cu subtitlul: „Revizuirea teoriei și metodei freudiene”, transformat la reeditarea din 1966 în „Începutul Terapiei Gestalt”, urmează cartea: „Gestalt-terapia” (1951), scrisă în colaborare cu Ralph Hefferline și Paul Goodman.

La scurt timp după aceea, Fritz și Laura Perls înființează la propriul lor domiciliu din New York, Institutul de Gestalt-terapia, care devine sediul numeroaselor seminarii, work-

shop-uri și grupuri terapeutice. Tot aici se formează primii terapeuți gestaltiști: P. Weisz, Lotte Weidenfeld, B. Eastman, P. Goodman, Isadore From, E. Shapiro, L. Calfen, Iris Sanguilano, J. Simkin și K.A. Fisher.

Ulterior, workshop-uri similare se organizează în Cleveland, Miami și Los Angeles. În 1955 grupul de formatori din Cleveland formează „Gestalt Institute of Cleveland. (apud R. Corsini, D. Wedding, 1989, pag. 330).

Până în 1970 (anul morții lui Perls) s-au organizat de către Perls și emulii săi, dintre care J. Simkin, în special, o serie de seminarii și ateliere formative, în cadrul unor prestigioase institute de gestalt-terapia, dintre care cel mai important este „Esalen Institute” din Big Sur, California. Aici, între 1964-1968, Perls, împreună cu Simkin și W. Kempler organizează ateliere formative, a caror tradiție se pastrează și după 1970, fiind susținute de același Simkin, Irma Shepherd, R.W. Resnick, R.L. Martin, J. Downing și J. Enright.. Tot la Esalen se formează și alți importanți terapeuți de familie, cu orientare experiențială, ca Virginia Satir (care în 1966 devine chiar director al acestui institut) și W. Kempler.

Dintre principiile și ideile care s-au vehiculat în această perioadă, care s-au impus selectiv în practica terapeutică și care au șocat spiritul conservator, dominant psihaanalitic al vremii, amintim:

- utilizarea prezenței active a terapeutului în relația cu pacientul, cu suscitarea sau supralicitarea contactului direct;
- accentuarea experienței trăite, direct, „acum și aici”;
- responsabilitatea autoasumată a pacientului în raport cu sine;
- principiul asimilării și interdependenței ecologice organism-mediul;
- principiul conștientizării și al autoreglării naturale a organismului.

În 1989 existau în lume 62 de institute de terapie gestaltistă și numărul adeptilor acestei terapii este în creștere. Diversificarea importantă a orientării gestaltterapeutice nu a permis înființarea unei organizații profesionale unice și nici fixarea unor standarde tip pentru formarea și selecția formatorilor, fiecare institut sau centru având mai degrabă propriile sale criterii.

Îmbogățirea numărului și stilului practicilor gestalt terapeutice, a condus la modificări importante față de primele modele. Astfel, de la formula clasică de desfășurare a acestei terapii, axată pe focalizarea pe un membru al unui grup, așezat în centrul acestuia (tehnica „locului fierbinte” — „hot seat”), grupul rămânând mai mult în postura de observator tăcut, pasiv, fără a se exclude unele intervenții ale altor membri, s-a ajuns treptat la acordarea unei importanțe mult mai mari procesului de grup și implicării grupului în dinamica restructurării personale a fiecărui participant. Gestalt-grupul a devenit scena unui proces dinamic de creștere împreună.

Pe de altă parte, dacă la începuturile gestalt terapiei se utiliza mai curând frustrația, confuzia autosuficienței cu autosprijinul și atitudinea abrazivă a terapeutului față de clienți, în scop de provocare, (să nu uităm că Perls fusese totuși inițial psihaanalist) astăzi, se preferă o conduită terapeutică mult mai blindă, cu accent pe autoexprimare și pe dialog, pe auto-acceptare și pe lucrul cu teme psihodinamice. A crescut semnificativ încrederea în fenomenologia pacientului și cunoașterea interacțiunii dintre membrii grupului terapeutic, pe măsură ce a fost descurajată munca formală în grup, de tipul relației 1 la 1. Autoexplorarea și interexplorarea în scop de producere a insight-urilor restructurante și acționarea resurselor creative sunt astăzi dimensiuni importante în gestalt-terapia.

Audiența atelierelor de gestalt-terapia întrece cu mult în anii 60-70 pe cea a unor școli cu publicații mult mai numeroase — ca cea jungiană și cea rațional-emoțională (R. Resnick, apud op. cit. 1989). Gestalt-terapia avea la acea vreme mai mult de 60 de societăți și grupări, mii de participanți și peste 200 de terapeuți autoidentificați numai în S.U.A. După anii 70 ea pătrunde tot mai mult în Europa, în special în Franța, dar și în Marea Britanie și Țările de Jos.

Experiența noastră clinică ca psihoterapeut de orientare gestaltist-experiențială s-a acumulat pe parcursul a 20 de ani, în cadrul Laboratorului de cercetări în domeniul neuropsiho-senzorial din Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității



de Muncă, din București - laborator pe care l-am condus între anii 1990-1997. Această practică individuală și de grup a fost aplicată pe pacienți cu afecțiuni psihice (în special, psihogene). În asociație cu alte tehnici expresive și psihodramatice, pe fondul chimioterapiei de întreținere, am utilizat gestalt-terapia și cu grupuri de schizofreni, în stadii remisionale-reziduale, în scop de resocializare-recuperare. (v. Studiu longitudinal în recuperarea schizofrenilor cu invaliditate, coordonator I. Mitrofan, 1985-1990). Lucrul în echipa terapeutică, alături de psihiatri, medici experți și sociologi, a permis un cadru optim desfășurării și validării acestor programe psihoterapeutice, integrate unui complex de modalități recuperatorii.

Din 1995 am introdus seminariile formative de orientare gestalt-creativă sau experiențiale în pregătirea studenților în asistență socială și a psihologilor aflați în curs de studii aprofundate (master în psihoterapie)- în cadrul catedrei de Psihologie, Universitatea București. În 1997, împreună cu primii 25 de psihoterapeuți formați în consiliere și psihoterapie experiențială de grup, (training formativ incluzând 400-600 de ore pentru fiecare participant) am constituit Societatea de Psihoterapie Experiențială Română (SPER), de orientare dominant gestalt-terapeutică și creativă.

### 3. Abordarea personalității în terapia gestaltistă

Terapia gestaltistă se bazează pe o teorie asupra personalității de factură holistă, relația organism-mediul fiind concepută ca o relație de interdependență ecologică, care stă la baza sănătății persoanei.

O persoană sănătoasă se definește printr-o autoreglare organică („organismică” în expresia lui Perls), ce permite adaptarea creativă în dinamica raportului nevoi-posibilități de satisfacere. Dezvoltarea persoanei garantează chiar sănătatea și eficiența ei în lume, autorealizarea care nu poate fi independența de modul în care ființa umană se integrează în ecosistem. Această integrare cu sine și cu lumea, raporturile de echilibru și armonie interne și externe permit o continuitate între om și mediul său în termeni de evoluție sincronică, naturală.

Pentru ca această integrare să se producă este necesar ca, pe de o parte, omul să-și construiască și cunoască propria identitate, adică să se delimiteze și diferențieze de alții și de mediu, pe de altă parte, este vital ca el să intre în contact cu acesta, să fie conectat optim, adică să intre în relații de coevoluție cu mediul său social și natural. O persoană sănătoasă este și o persoană potențial fericită, pentru că este simultan autonomă (deci, responsabilă de alegerile sale) și optim contactată la mediu (deci, în raporturi de adaptare creativă la schimbările firești, pozitive sau negative ale acestuia).

Reglarea „granițelor” dintre sine și mediu pare să fie unul dintre fenomenele -cheie în dinamica integrării ecologice a omului. În viziune gestalt-terapeutică câteva concepte de bază clarifică dinamica integrării și dezvoltării personalității, ca și eșecurile acesteia, traduse prin stări patologice:

- autoreglare naturală („organismică”, spontană) versus autoreglare impusă, de necesitate;
- contactul de diferențiere („metabolismul mental)
- contactul de graniță (între eu și non-eu sau între sine și mediu).

Pentru a putea crește, atât biologic, cât și psihologic și social, persoana învață sa-și regleze granițele cu mediul, pe de o parte - diferențiindu-se, pe de altă parte intrând în contact cu acesta. Atunci când se delimitează de mediu (înțelegând prin „mediu” și pe „alții”), o persoană își poate descoperi, însă, și limitele sale în a fi autonomă sau ea însăși. Dar ea mai descoperă totodată și altceva foarte important: noutatea mediului și calitatea lui de a-i satisface sau nu nevoile. Intrând în contact, omul învață să diferențieze ceea ce este necesar, „hrănitor” pentru el de ceea ce îi este neneesar, „toxic”. Omul preia din mediul său, în sens larg, nu numai aer, apă și hrană, ci și informații (sub formă de emoții, sentimente, atitudini, idei, scheme de acțiune și înțelegere, relații și chiar moduri de comportament. Toate acestea din urmă sunt procesate și „metabolizate” psihologic, așa după cum își metabolizează și elementele energetice fizice de bază.

El asimilează informațiile, transformându-le în părți ale Eu-lui său acceptat sau le respinge,

discriminându-le ca părți „toxice”. alienate, indezirabile ale Eu-lui ne-acceptat. Cel mai frecvent, aceste părți respinse sunt greu de eliminat spontan de către mental, care le procesează, sedimentează la nivelul subconștient și inconștient, și uneori chiar capătă o adevărată „voluptate” în a-și selecta și depozita în adâncuri, informațiile negative, „indigeste”, blocante sau distructive pentru funcționalitatea psihică, exprinsă metaforic de gestaltiști drept „metabolism mental”. Și dacă reglarea metabolică normală se bazează pe un raport echilibrat între asimilație și dezasimilație, care permite dezvoltarea biologică normală, extrapolarea conceptului în plan psihologic demonstrează că există o unitate și o consonanță biopsihică în dezvoltarea organismică (în sensul de întreg viu). „Dismetaboliile mentale” nu sunt altceva decât disfuncții ale autoreglajului în discriminarea, procesarea și actualizarea informațională, în preluarea, păstrarea selectivă și eliminarea informației perverse. Atunci când mecanismele autoreglării informaționale sunt disturbate, persoana ne apare în ipostaza de suferind psihic sau psihosomatic, de înadaptat social, sau pur și simplu, de persoană aflată în impas existențial ori nefericită. Astfel stând lucrurile, calitatea „hranei informaționale” - gânduri, convingeri, sentimente, toate încifrate în mesaje, verbale și nonverbale, în atitudini și comportamente cu care fiecare persoană vine în contact, în mediul ei de viață, determină în foarte mare măsură ceea ce se construiește ca Identitate, acceptată sau respinsă, sigură sau nesigură de sine, afirmativă sau evitantă, creativă sau blocată, generoasă sau egocentrică, matură sau imatură, eficientă sau ineficientă, adaptată sau neadaptată, responsabilă sau iresponsabilă.

**Contactul de diferențiere**, adică acea posibilitate a omului de a asimila ceea ce este pozitiv, „hrănitor” din punct de vedere informațional și de a repinge sau a se proteja de ceea ce este negativ, „toxic” din același punct de vedere, constituie sursa primară a dezvoltării normale, sănătoase și complete a personalității. El „conduce inevitabil la creștere”, afirmă E. Polster și M. Polster, 1973, p. 101).

Atunci când contactul de diferențiere este perturbat, persoana este puțin conștientă de

sine, adesea se percepe distorsionat. Această ignoranță în raport cu sine, o face nu numai să sufere, dar și să persiste în a se „hrăni” irațional, nediscriminativ, cu informație perversă, pe care nu o preia doar din mediu, ci pe care învață să și-o autoproducă pe baza celei negative, deja existente. Am putea crede că omul descoperă dureros de repede cum să producă la rândul său informație de autointoxicare, fiind cel mai important și puternic furnizor de autoîmbolnăvire, dar accede mult mai greu la Arta și Știința descoperirii și producerii informației naturale pozitive, spontane, nepervertite, de autosuport și de autodezvoltare. El pare că și-a blocat sau a uitat calea de a-și deturna și canaliza energiile în acord cu sine însuși, deci și cu natura. Într-o lume atât de copleșită de artificialitate și dominată de false valori, în care omul uită prea frecvent că nu este doar trup și minte, ci și spirit, nici nu este de mirare... Un prost contact de diferențiere îl menține pe om în confuzie, atât în ceea ce îl privește, cât și în raport cu ceilalți, cu valorile, cu lumea. El se îndepartează pas, cu pas, pe calea ignoranței cu privire la sine, prin neconștientizare de sine. Ne fiind atent la natura sa reală, la nevoile și resursele sale autentice, neconștientizându-le, neexperimentându-le pentru a se putea regla organismic și evolua, omul își zădărnicește sieși calea autoîmplinirii și eforturile în acest sens, se autoanulează ca ființă liberă și responsabilă. De aceea terapeuții gestaltiști consideră, că primordiale în vindecare, conștientizarea de sine și autoexperimentarea.

**Contactul de graniță** constituie al doilea important mecanism al autoreglării organismice, strâns corelat cu cel anterior analizat.

Granița dintre sine și mediu, pentru a asigura o bună autoreglare, trebuie să aibe două caracteristici:

- permeabilitate, pentru a permite schimbările dintre persoană și ceilalți;
  - fermitate, pentru a menține autonomia.
- Autoreglarea, atât în plan biologic, cât și psihologic este guvernată de principiul homeostaziei, iar viața ne apare ca o succesiune de încercări de satisfacere a nevoilor organismului, de la cele mai presante, mai vitale, la cele mai puțin presante. Atunci când o nevoie este satisfăcută, ea este înlocuită cu o alta, energizând și

impulsionând mereu ființa spre a-și câștiga un „mereu vânat, căutat” echilibru homeostatic. Autoreglarea umană se produce prin două modalități: pe baza a ceea ce organismul simte că este la momentul respectiv, pe ceea ce el trăiește și conștientizează și pe baza a ceea ce „ar trebui sau ar putea să fie, să simtă ori ar fi de dorit să facă, la momentul respectiv. Există, așadar o modalitate directă, numită atoreglare organismică, bazată pe simțire, înțelegere intuitivă, integrare naturală a minții și corpului, gândului și sentimentului, spontaneității și deliberării, prin care alegerile și învățarea se întâmplă holistic, dar există și o reglare de necesitate, bazată pe raționalizare. Multe dintre acțiunile sau tranzacțiile de necesitate ale omului se realizează automat, cu o minimă conștientizare, ca modalități habituale de a se raporta la sine și la lume, ca obișnuințe sau uzanțe atitudinale și comportamentale. Uneori, „tirania” obișnuințelor este atât de mare încât, omul ajunge să acționeze neconcordanț cu necesitățile sale reale și chiar împotriva acestora, ca și împotriva integrării sale optime în sistemul de relații. Conștientizarea deplină a ceea ce este și ceea ce îi este necesar la un moment dat, a ceea ce poate și dorește sau alege să facă, înseamnă o bună cale de a reconverti sau depăși habitualul care devine perturbator, reținând doar habitualul necesar, util persoanei. Aceasta presupune o **autoreglare conștientă pe deplin, holistică, ceea ce crește puterea discriminatorie a persoanei, atât în raport cu sine, cât și cu alții.** Prin creșterea conștientizării de sine pe baza metodei dialogice și fenomenologice, terapia gestaltistă îi redescoperă persoanei aflate în dificultate șansele ei naturale de a se autoregla organismic, de a-și câștiga libertatea alegerilor și responsabilitatea.

Dificultățile autoreglării și integrării armonioase în lume sunt în directă legătură cu tulburările contactului „de graniță”, al persoanei. Reglarea graniței între sine și alții, între Eu și non-Eu, poate să prezinte diverse tipuri de perturbare, oscilând în extremis, între pierderea graniței (fuziune, indistinție, între sine și altul) și izolare completă (decontactare, ruptură, separare). Ambele perturbări le întâlnim în cadrul proceselor psihotice.

Când granița dintre sine și alții devine confuză, impermeabilă sau se pierde, se produce o distorsiune a diferențierii între sine și alții, o perturbare atât a contactului, cât și a conștientizării acestuia (Perls, 1973). **O bună funcționare a graniței înseamnă o alternanță optimă între separare și conectare la mediu, între focalizarea atenției asupra acestuia și retragerea atenției de la mediu.** Detaliem în continuare tipurile de perturbare ale contactului de graniță, pe care le vom comenta dintr-o perspectivă proprie, bazată pe de o parte, pe experiența noastră clinică, pe de altă parte, pe cercetările de vârf cu privire la dezvoltarea transpersonală, situate la confluența gândirii orientale și occidentale:

• **Pierderea granițelor eu-lui cu non-eul sau permeabilitatea totală a graniței sinelui cu mediul.** Este o modificare calitativă a contactului ființei cu lumea constind într-un fenomen de fuziune, confluență, unificare a interiorului cu exteriorul, pe care o putem întâlni în două variante experiențiale diferite, situate la antipodii existenței umane: experiența psihotică definind cel mai grav nivel al destrucției persoanei, al „pierderii de sine”, al alienării și experiența transpersonală, mistică, artistică sau meditativă de nivel transconștient sau mataconștient - definind un nivel superior al dezvoltării personale, numit dezvoltare transpersonală. Dacă în primul caz, în experiența bolii psihotice, asistăm la un fenomen de ruptură de sine, de îndepărtare de sine, de depersonalizare, de pierdere și uitare de sine prin mecanism regresiv afectiv, motivațional, cognitiv și spiritual, în experiența transcendentă este vorba de o regăsire de sine, de o unificare supraconștientă cu realitatea totală, numită de unii divinitate, de alții conștiință universală. Diferența esențială, calitativă, între cele două tipuri de experiență se referă la mecanismul conștientizării de sine, care este utilizat, activat și redirecționat terapeutic, reconstructiv, în gestalt-terapie. Astfel, dacă în cazul psihoticului putem vorbi de o pierdere a conștientizării sinelui, care îl conduce la pierderea granițelor și fuziune patologică cu mediul, în experiența transpersonală asistăm la un fenomen de transcendere a nivelului conștient normal, obișnuit, prin dilatarea câmpului conștiinței și

accesul direct, instantaneu, spontan și complet la cunoașterea realității. Aceasta conferă experienței transpersonale caracterul inedit și greu inteligibil pentru cei care nu au experimentat un astfel de nivel al simțirii și cunoașterii. S-ar putea considera că experiența patologică psihotică și cea transpersonală sunt fenomene situate în „ogindă”, dar pe niveluri de cunoaștere complet opuse, cu calități complet diferite în planul evoluției. De aici apare și riscul confuziilor extrem de grave între stările patologice și experiențele de așa-zisă iluminare, pseudo-transpersonale, pe care diletanți sau veleitari în domeniul practicilor spirituale, fără pregătire academică în domeniul medical și psihologic le pot întreține clienților lor, în afara unei etici și deontologii diagnostice și terapeutice. Nu mai puțin gravă este însă diagnosticarea de către neavizați, a stărilor transpersonale drept stări patologice, fie ele și tranzitorii. Experiența transconștientă asigură un continuum al cunoașterii, prin desființarea intențională, conștientă, autocontrolată, (experimentată) a granițelor dintre „înăuntru” și „în afară”. Astfel, pentru misticul autentic și nu pentru credinciosul bigot, robit ritualisticii oricărei biserici ar fi aceasta, comuniunea cu divinitatea este o experiență căutată, descoperită, trăită, simțită, revelatorie, deci ține de domeniul transcunoașterii, al practicii spirituale. Și indiferent cum s-ar exprima adepții diferitelor școli și religii, într-un fel sau altul, Dumnezeu se descoperă prin autoexperimentare, simultan transafectivă și transcognitivă. Misticii creștini, ca și cei orientali (budhiști, taoiști sufiști), precum și practicantii de Yoga, Zen, arte marțiale, șamanii amerindieni (v. în acest sens, lucrările antropologului inițiat C. Castaneda) sau cei din Taigaua rusă și nu mai puțin, psihologii și terapeuții transpersonalisti contemporani occidentali, experimentează prin îndelungi și riguroase practici spirituale și psihomentele, (tehnicile de meditație și autocontrol psihofiziologic subtil și metode exploratorii specifice, cu și fără suport psihedelic), asemenea modificări calitative ale nivelului de conștiință, care pot conduce la **mutații în chiar dezvoltarea personalității și a capacităților ei de cunoaștere și de acțiune.** Trebuie făcută precizarea, că, dacă în situația patologiei psihotice, pierderea graniței

dintre eu și non-eu este un fenomen ce emerge din neconștientizare de sine, suprimarea sau distorsionarea conștiinței de sine, (ceea ce se poate exprima metaforic prin „ignoranța de sine”), în cazul experiențelor transpersonale sau stărilor „de vârf” persoana își dezvoltă calitatea conștientizării, transcende nivelul conștient (salt sau „ruptură de nivel”) și experimentează, în consecință, o stare de suprațrezire, de supraluciditate, de transcunoaștere, transiubire și transacțiune. Unele fenomene și capacități paranormale pot fi puse în legătură cu transconștientizarea și cu atât mai mult experiențele de vîrf - extatice, oricum s-ar numi ele: samadhi, satori, uniune mistică, beatitudine sau iluminare. Astfel, de la insignturile binecunoscute persoanei în dezvoltarea sa spontană sau în cadrul unui proces terapeutic, (cum ar fi cel de tip gestaltist) până la insight-ul transconștient, omul trebuie să parcurgă un drum autoterapeutic, adesea lung și anevoios, prin care să-și dobândească un autoreglaj creativ, holist, din ce în ce mai complex și mai subtil, energo-informațional, care să-l propulseze pe calea unei dezvoltări integrative, armonioase, biopsihospirituale. Integrarea sa socială și în mediul natural poate fi ecologică, numai în măsura în care el se „vindecă” prin conștientizare și dezvoltare de sine, prin adaptare creativă și autotransformare, în acord cu habitatul sau natural nepervertit.

• **Proiecția** este un alt tip de perturbare a contactului de graniță, ce rezultă din atribuirea, în afara eu-lui - altcuiva sau al unui obiect ori situații - a unor caracteristici sau a „ceva” ce aparține eu-lui. Rezultă din proiecție o confuzie a sinelui cu altul, ea fiind un fenomen neconștientizat. Există proiecții cu efect pozitiv, sanogen, ca cele care participă în procesele creatoare, artistice, dar există și proiecții patologice, ce provin din faptul că persoana nu este conștientă de sine, neacceptând responsabilitatea celor proiectate în altcineva sau altceva. Proiecția naște eroare în evaluarea non-eului (persoane, relații, situații, evenimente, exterioritate) și blochează adaptarea.

Granița între sine și alții este univoc permeabilă, permițând doar atribuirile eu-lui

către non-eu, dar fiind închisă, rigidă la acțiunea exteriorului asupra sinelui. Pentru a avea o imagine mai completă asupra fenomenului de proiecție, atât de larg utilizat în psihologie, în special în psihanaliză, dar și în psihologia formei și în gestalt-terapie, vom prelua din „Vocabularul Psihanalizei” (J. Laplanche și J.B. Pontalis, trad. în Edit. Humanitas, 1994, p. 308) precizările definitorii:

a) Termen utilizat într-un sens foarte general în neurofiziologie și psihologie pentru a desemna operația prin care un fapt neurologic sau psihologic este deplasat și localizat în exterior, fie trecând de la centru la periferie, fie de la subiect la obiect. Acest sens comportă accepții destul de diferite.

b) În sensul psihanalitic propriu-zis, operația prin care subiectul expulzează din sine și localizează în altul, persoană sau lucru, calități, sentimente, dorințe, chiar „obiecte” pe care nu le cunoaște sau le refuză în sine însuși. Este vorba aici de o apărare de origine foarte arhaică, ce acționează mai ales în paranoia, dar și în moduri de gândire „normale”, cum ar fi superstiția.

Mecanismul proiecției este frecvent însă și în nevroze și în cazul structurilor dizarmonice de personalitate. Egocentricii, imaturii, senzitivii, evitanții, persoanele cu eu hipertrofiat și tendințe interpretative, rigizii utilizează frecvent proiecția. Din punctul nostru de vedere, proiecția este „simptomatică” pentru o slabă conștientizare de sine mascată și deplasată într-o aparentă cunoaștere de altul. „Subiectul atribuie altuia tendințe, dorințe, etc. pe care el le ignoră în sine însuși: rasistul, de exemplu, își proiectează asupra grupului disprețuit propriile greșeli sau tendințe nemărturisite”. (idem. op. cit, p. 309). Mecanismul proiectiv fiind o tulburare a contactului de graniță, ce desemnează ignorare și fuga de sine, cu „adăpostire” în altul, (în altceva), poate deveni o frână în calea maturizării și dezvoltării persoanei, un mecanism ego-alienant, patogen. Proiecția este întâlnită în combinație cu fuziunea (pierderea granițelor), sau cu tulburarea de contact definită prin separare rigidă, impenetrabilitate, izolare, în special în forma paranoidă a schizofreniei (v. ideea delirantă de atribuire a unor intenții sau acțiuni agresive, persecutorii

de influență etc). Psihoticul se percepe în mod dereist, ca fiind ținta unor ostilități și agresii, fiind impenetrabil la orice argumentație logică sau afectivă, fără a avea conștiința tulburărilor sale perceptuale și ideative, ca nucleu al bolii. Conștiința sinelui este grav afectată, iar scindarea eului în părți aflate în opoziție, în discordanță, într-o globală lipsă de consonanță și acceptare mutuală, exprimă dramatic aspectul de „structură spartă, de mozaic dezasamblat” al personalității psihotice. Termenul de depersonalizare reflectă sugestiv acest proces de tulburare de contact, atât la nivel intrapsihic (contactul cu sine însuși, este compromis prin intermediul părților alienate ale eu-lui, aflate în raporturi de opoziție, ambivalență sau discordanță funcțională), cât și la nivel interpersonal. (v. deficitele de contact social, ambivalență afectivă, imprevizibilitatea reacțiilor și atitudinilor, etc.). Analizând mecanismul proiectiv psihotic putem observa cum teama de sine însuși transgresează patologic în teama de ceilalți, de lume, de viață, iar impulsunile auto și heterodistructive se deplasează în așa-zisele intenții ostile, distructive ale altora la adresa sa. Tot „infernul” din inconștientul bolnavului este atribuit sau se confundă cu exteriorul care e perceput și trăit terifiant, anxiogen. Din experimentul natural care este psihoza, înțelegem de ce sunt atât de importante în psihoterapie unificarea părților eu-lui aflate în conflict, raporturile de acceptare mutuală dintre acestea și consonanța intrapsihică, (între ceea ce ține de inconștient și ceea ce ține de conștient). Înțelegem mai ales, cât de importantă este conștientizarea de sine, ca principal mecanism autoreglator, prin care experiența autocunoașterii și autoacceptării reface și deblochează strategiile dezvoltării, înțelegerii și integrării experienței suferinței pe o altă treaptă, ca experiență lărgită de cunoaștere, deci și ca șansă de evoluție. Din nefericire, șansele psihoterapiei gestaltiste de a lucra asupra psihoticului remis sunt destul de limitate în privința „refacerii întregului”, care odată deformat, se reassemblează cu defect, dizarmonic și rigid, ca un gestalt condamnat la stagnare. Granițele de contact rămân fie excesiv de impermeabile, fie friabile, oscilante, imprevizibile, și aceasta, evident, în condițiile

în care tratamentul chimioterapeutic de întreținere (standard și depot) este aplicat corect, constant, atent supravegheat în evoluția bolnavului. Asocierea farmacoterapiei cu psihoterapia în stadiile postacut, remisional și rezidual rămâne obligatorie în tratamentul schizofrenului, iar utilizarea terapiei gestalt, ca și a altor metode psihoterapeutice în cazul altor maladii psihotice endogene este contraindicată sau pur și simplu fără efect, chimioterapie, electroterapie (electroșocul) rămânând terapiile de elecție. Tulburările nevrotice, (cu o largă paletă diagnostică), crizele de identitate ale adolescentului, tulburările de adaptare socială, tulburările emoționale - pot beneficia de tehnicile gestaltiste de conștientizare a polarităților dintre conștient și inconștient sau a celor de factură moral-valorică. Aceste persoane pot lua cunoștință de „răul” și „binele” din ei înșiși. Unificarea și depășirea polarităților prin actul terapeutic sunt de natură să deschidă sistemul funcțional blocat în ignoranța de sine și teamă și să-l propulseze în activarea resurselor de autotransformare sau de reconfigurare a unui nou gestalt existențial

Pentru specialistul în psihologie, proiecția poate deveni o cale de cunoaștere a universului interior al celui care proiectează, atât în diagnostic, cât și în terapie. Testele proiective și analiza produselor activității creatoare se bazează pe evaluarea prin intermediul proiecției, iar tehnicile terapeutice experiențiale care utilizează analogia și metafora exploatează același mecanism proiectiv.

• **Introecția** - este o tulburare a graniței de contact ce constă în absorbirea, captarea, preluarea și asimilarea fără discriminare a ceea ce aparține non-eului; informații, valori, comportamente cu care persoana intră în contact în mediul său de viață. Valorile introectate sunt impuse sinelui și conduc la structurarea unui caracter rigid, având la bază preluarea unor roluri și comportamente din exterior care devin „osatura nevazută” a personalității cuiva. Astfel, modele parentale, stereotipii sociale, nepersonalizate, integrate nediscriminativ eu-lui, se constituie ca un „schelet” rigid ce explică un grad crescut de inautenticitate în modul de a fi și acționa al unei persoane. Aceasta, nu numai

că nu e conștientă de ea însăși, de nevoile, de tendințele, de scopurile și resursele proprii, dar operează pentru sine în baza regulilor, valorilor și elementelor comportamentale introectate, adesea complet străine, nepotrivite sau orientate împotriva naturii sale reale. Similar altor tulburări de graniță, acest mecanism de „înghițire a întregului”, poate fi sănătos, sau patologic, depinzând de gradul de conștientizare. În cazul deficiențelor de structurare a personalității, precum și în unele cazuri de patologie psihică, introecția poate explica rigiditatea caracterială extremă, suspiciunea și dubitația obsesivă, antrenând conduite inadecvate, fie de suprasensibilizare, fie de dereponsabilizare, datorate unei imagini de sine automistificate. Persoana se îndepartează de sine, înstrăinându-se, autofalsificându-se. În termenii psihologiei orientale, am putea spune că omul trăiește mai curând la periferia sinelui, decât în centrul sinelui, nefiind conștient de sinele pe care nu și-l cunoaște, deși trăiește iluzia că știe cine este, ce vrea și încotro tinde să se manifeste. În realitate, prin introecție, el se confundă cu mediul pe care l-a introectat, ca și cum „lumea exterioară ar fi invadat, fără ca el să știe, lumea sa interioară, substituindu-i-se acesteia”. Neavând acces la esența sa, la ceea ce este el de fapt, omul își confundă și substituie eul cu non-eul, uitând de a mai fi el însuși, alienându-se. El e bântuit de fantasme pe care le identifică în mod eronat cu părți ale sinelui sau, ca și cum i-ar aparține. Operează cu „trebuie” ca și cum ar fi rezultatul propriilor sale nevoi, în raport cu care este ecranat, de altfel. El evaluează, impune, retrage, sancționează, neagă, în virtutea unor exigențe și convingeri „de împrumut” ca și cum ar fi emanate de propriile lui alegeri, convingeri, opțiuni. Materialul informațional nediscriminat, nu este evident metabolizat și nici nu devine principiu hrănitor în devenirea sa, dar el îl depozitează, căpătând sentimentul că îi aparține, deși nu îl reprezintă. Din acest motiv acel „ceva” nu acționează decât ca balast sau principiu toxic, împiedicându-l să funcționeze optim, pentru ca nimic din ceea ce nu este „metabolizat”, asimilat, nu ne aparține cu adevărat, deci nu ne ajută „să creștem”. Și totuși, foarte multe persoane, care nu au pătruns încă pe terenul



patologiei, dar pot aluneca extrem de ușor într-acele, trăiesc într-un mod limitat, imitativ, rigid și stereotip, lipsit de savoarea descoperirii de sine și de direcția naturală a autoactualizării, cu sentimentul și cu confuzia că „fac ce trebuie, care ar fi totuși cu ce e bine”, sau și mai grav, „că dacă x,y,z, fac așa, înseamnă că așa trebuie, așa se face...” Ei nu sunt deloc preocupați nici de „de ce fac așa”, nici de „cum fac” și nici dacă ceea ce au preluat li „se potrivește”, dacă „pot să facă așa” sau „dacă au nevoie cu adevărat pentru binele lor și al celor din jur”. Acești oameni sunt blocați în dezvoltare, prin introecție. Este puțin probabil ca binele altora să excludă realmente binele fiecăruia, pentru că cele două forme de „bine” sunt interdependente, și ceea ce se întâmplă într-o parte a întregului, se reflectă și în toate celelalte, holist, prin intermediul interconexiunilor multiple, după cum tot ceea ce se întâmplă în întreg se reflectă și în fiecare parte.

Introecția este întâlnită și pe terenul normalului, dar cu consecințe negative în eficiența personală. Așa de pildă, mulți studenți pot parcurge studiile universitare, mănânați de presiunea de a „îngurgita” cât mai fidel și cât mai multă informație, în special cea din curs, fără a avea acces cu adevărat la funcționalitatea noțiunilor, fiind în situația după absolvire de a nu putea să profeseze, să aplice și să adapteze contextual cunoștințele memorate, și de altfel, apreciate prin sistemul de notare care, în cazul unor profesori pune accent mai ales pe volumul reprodus fidel și nu pe flexibilitatea aplicării noțiunilor, pe independența rezolutivă și creativitatea fiecărui student. chiar și la nivel educațional și instructiv, societatea încurajază în exces respectarea și preluarea de informații, scheme de gândire și comportament conformiste, rutiniere, care să nu iasă din „normă” și descurajază individualizarea învățământului în funcție de potențialitățile fiecăruia. Desigur că pare mai comod așa, dar uniformizarea se realizează adesea în dauna individului și prin introecție, prin amputarea personalității, ca și a resurselor ei de a se adapta la schimbare, de a evolua. Am încercat să subliniem care este diferența între a introecția cunoștințe și moduri de a fi - și a le asimila. Dacă asimilarea **discriminativă** te eliberează și

te înalță în dezvoltarea personală, transformându-te pas cu pas, apropiindu-te de scopuri, (care odată împlinite îți deschid calea formulării de noi scopuri), **introecția te fixează pe experiențe ce nu-ți aparțin**, dar pe care le preiei cu fidelitate, neevaluându-le, neajustându-le, ci doar acumulându-le fără discernământ... Ciudată „lăcomie” care până la urmă te împiedică să exiști! Există, fără îndoială, nu doar o lăcomie alimentară, ci și una informațională, la fel de periculoasă prin efectele disfuncționale pentru întregul organism. Evident, „lăcomia informațională” distruge tendința armonică a structurii, supralicitează efortul de configurare a personalității integrate ecologic, care până la urmă sfârșește prin a o goli de sens și de resurse. Instalarea stării de boală, în aceste condiții, este iminentă.

Omul ineficient și nefericit, este adesea așa pentru că a „învățat lecția” ineficienței și nefericirii de la alții și el continuă s-o întrețină și s-o impună sieși și altora, cu febrilitate. El și-a construit granițe false și rigide între sine și ceea ce el percepe fasificat drept „eul” său, renunțând la sine pentru a fi mereu altcineva și altceva, agonisind mereu „bunuri” străine, pe care le teaurizează, din principiu. A uitat el oare de sine însuși sau nu s-a simțit niciodată, cu adevărat el însuși?! Introecția devine o cale psihologică de a achiziționa cât mai multe „decoruri de mucava” în interiorul propriei ființe, pe care, în consecință, nu o mai poți conștientiza, câtă vreme ea este doar un depozit de recuzită.

Modalități comportamentale sau existențiale complexe, neintegrate eu-lui, sunt preluate astfel de la alții. Ele corespund foarte bine stării de „părinte” a ego-ului său „extero-psihicului” din analiza tranzațională a lui E. Berne. Ele pot fi detectate în repetarea unei anumite calități vocale, a unui tip de conținut verbal sau postural, ori prin similaritatea cu care ceilalți răspund acestui complex comportamental uniform (J. Fagan și J. Shephard, *Gestalt therapy now*, 1970, p. 123). În viața curentă, introecțiile sunt „actorii” principali în autocicălire fără sfârșit, și creează ruptura lăuntrică între sinele ideal și eul real. Tot ele conduc la dezordine în relațiile interpersonale, când eul joacă unul dintre aceste roluri în

relație cu persoane importante sau când le proiectează într-o altă persoană.

Introecțiile sunt principalii „transmițători” și „facilitatori” de comportamente dezadapative și nevrotice, de la o generație la alta.

• **Retrofecția** este o tulburare a graniței de contact care conduce la izolare în sine. Ea presupune un proces de re-ogindire, de revenire asupra sinelui prin sine, bazată pe o **divizare** în cadrul sinelui, un mod de „a te hrăni” cu tine însuși, „nedigerându-te” și rămânând, evident, blocat ori regresând. Acest mecanism psihologic orientează asupra sieși mereu, același tip de informație și de resurse, substituind sinele mediului. Persoana se comportă ca și cum ar face (simți) pentru sine, așa cum ar face (simți) altcineva pentru altul sau ca și cum ar face (ar simți) pentru sine, ceea ce o altă persoană ar dori ca altul să facă pentru ea. Mediul este astfel înlocuit cu iluzia autosuficienței. „Trebuie însă avut în vedere, că deși cineva te poate ajuta să măninci și chiar să respiri, hrana și aerul vin totuși din mediu”, comentează G. Yontef și J. Simkin, (1989, p. 332).

Retrofecția poate fi motorie, senzorială sau verbală. O formă de retrofecție este introfecția, care poate fi patologică sau normală. Uneori, ea poate servi intereselor de adaptare ale organismului, de exemplu: reprimarea impulsului de a-ți exprima supărarea poate fi utilă în a face față unui mediu periculos. În asemenea momente, a-ți „mușca” buza (retrofecție motorie) poate fi mai utilă decât să vorbești „mușcător” - agresând, ofensând.

J. B. Enright (1970, p. 128-129) atrage atenția asupra faptului că „un impuls sau o idee își are rădăcinile în tensiunea senzorio-motorie a organismului, declanșată în parte, de energiile lăuntrice și orientată spre obiectele și evenimentele din mediu. Retrofecția descrie procesul general de negare, înfrânare, reținere sau echilibrare a tensiunii impulsive cu tensiunea senzorio-motorie opusă, adițional. Acest concept include destul de mult din ceea ce reprezintă reprimarea (refularea) și inhibiția și clarifica modul în care funcționează psihicul divizat, antagonic. De vreme ce rezultatul tuturor acestor tensiuni anulate este zero (nici o mișcare - blocaj motric), nu există nici o creștere particulară a activității la granița de

contact, iar conștientizarea nu se poate dezvolta. Mai târziu, poate, dacă există o activitate crescândă în punctele de opoziție musculară, conștientizarea se poate semna sub formă de durere sau de disconfort.

Procesul retrofecției poate fi tranzitor sau cronic. Strigatul de suferință începe cu umezirea ochilor și cu o mimică facială caracteristică: „buza rigidă de cadavru” și reținerea lacrimilor. Toate exprimă retrofecția. Este important de amintit că, celebrul concept al lui W. Reich de „armură caracterială” nu este altceva decât retrofecția cronică. Experiența noastră terapeutică în cazul bolnavilor cu „torticolis psihogen” sau cu cei cu „crampa scriitorului” (I. Mitrofan, 1995, p. 137) evidențiază același mecanism în structurarea personalității acestor pacienți, avut în vedere ca un obiectiv de schimbare terapeutică. Organismul cheltuiește multă energie pentru menținerea unui echilibru între cele două **tensiuni** - cea a impulsului și cea a rezistenței și ambele sunt în mod tipic alienante pentru sine și pentru procesul de conștientizare și autoreglaj. În terapie trebuie să se țină cont de ambele tendințe și de posibilitățile de satisfacere a lor, astfel încât între ele să nu se creeze blocaje mutuale, dar nici ca una dintre ele să se satisfacă în dauna celeilalte.

O altă formă de retrofecție este desensibilizarea sau desenzitivarea, care exprimă în plan senzorial un comportament analog retrofecției motorii. Cele mai cunoscute forme de blocare a conștiinței prin desenzitivare sunt cecitatea psihică (orbire fără substrat organic), „înțețoșarea vederii”, surditatea psihică, tocirea senzorială la nivelul diferiților analizatori (de exemplu, în isterie, pacienții pot avea un prag senzorial tactil și algic fie foarte ridicat, fie foarte coborât, de la hiperestezie la stimuli anodini, până la anestezie la stimulări algice (dureri); de asemenea, în unele forme ale psihozei schizofrenice se pot produce modificări senzitive patologice, care permit conduite automutilatorii, etc.). Frigiditatea include și ea retrofecția prin desenzitivare, un blocaj la nivelul conștiinței senzitive sexuale a trupului. Totuși, fenomenele de desenzitivare sunt mai puțin accesibile observării directe și studiului, comparativ cu cele motrice, ele fiind mult mai dependente de verbalizare.

• **Deflecția** constă în evitarea contactului, atât prin deturnare conștientă, intențională (de exemplu, când cineva este politicos în loc de a fi direct, de a comunica sincer), cât și prin refuz indirect. Persoana se simte astfel „neatinșă”, ori de câte ori respinge ceea ce i se oferă sau se percepe ca ineficientă când ceea ce primește nu corespunde dorințelor sau așteptărilor sale și în acest caz, fie că evită, fie că deturnează contactul. Atunci când este conștientizată, deflecția poate fi și utilă, ca de pildă, când satisface nevoile situației („răcorire”, „pedepsire sau răzbunare pe interlocutor”). Dintre formele de deflecție uzuale amintim:

- „a nu privi pe cineva în ochi”;
- a vorbi și a înțelege foarte multe lucruri, dar toate în afara subiectului;
- a vorbi vag și a vorbi mult.

În deflecție, contactul este rigid, fiind similar cu dezangajarea (R. Levant, 1984, p. 166).

#### **4. Ciclul experienței gestalt și teoria schimbării personale în terapia gestaltistă**

Abordarea gestaltistă a personalității s-a constituit pe baza experienței clinice și sprijină demersul terapeutic în mod cu totul special, prin conceptele sale fenomenologice și prin modalitatea dinamică prin care explică funcționalitatea și disfuncționalitatea indivizilor, condensată într-un model teoretic numit „ciclul experienței gestalt”. Acest model desfășoară elementele experienței ca un proces continuu prin care nevoile organismului, impun grade și forme diferite de contact cu mediul, prin intermediul cărora, ele pot fi satisfăcute. Realizarea contactelor și satisfacerea nevoilor completează un gestalt, care permite persoanei să aibă noi experiențe. Libertatea de a experimenta înseamnă parcurgerea completă a unui nou ciclu, adică o restructurare a vechiului gestalt și o reconfigurare evolutivă a persoanei. Dacă persoana se fixează pe unul din elementele ciclului, acesta nu se poate completa, o parte a energiei de care dispune individul rămânând neconsumată, la limita experienței. Cum experimentează omul contactul cu mediul pentru a se autoregla sănătos, pentru a-și

crea continuu un bun gestalt? Ciclul experienței gestaltiste include parcurgerea a 5 stadii care se generează continuu, unul pe celălalt, în cadrul unui **model circular funcțional**. (Mel Rabin, apud R. Levant, 1984, p. 165):

1) **Senzație**. Ciclul integrării persoanei în mediu sau contactării la mediu începe cu senzațiile, prin care se experimentează trăirea și semnificația stimulilor care acționează asupra organismului, atât în plan intern, cât și extern. Prin senzații și prin percepții, omul experimentează și discriminează direct „ce este” și „ce nu este”. Dar dincolo de experiența personală, spontană, autonomă a percepției de sine și a mediului, copiii, învață din familiile lor și „ce pot” și „ce trebuie” să vadă, să audă, să simtă, și „ce nu pot”, „ce nu trebuie” să perceapă. Aceasta ar fi un fel de învățare a unui contact perceptual imediat, ceea ce creează o primă confuzie și anxietate în modul de contact, prefigurând granițe impuse. De exemplu, copiii învață de la părinți și de la alte persoane, ce pot atinge și ce nu, ce au voie să vadă și să audă și ce nu, învață de asemenea, să spună sau să se abțină de a comunica dacă ceva are gust sau miros rău. O primă divizare la nivelul experienței perceptuale se naște din această situație, copilul neavând conștiința nici unei justificări de alt ordin decât a ceea ce el simte și trăiește concret, direct. Uneori presiunea educațională, cerințele de reglaj perceptual-comunicațional sunt atât de absurde și de dihotomizante pentru experiența de cunoaștere a copilului, încât ele induc o **incongruență profundă** între ce simte copilul și ce spune, (sau nu spune), pe de o parte, și între ce simte și ce face, pe de altă parte. El se menține în incongruență, pentru a se putea simți acceptat și în siguranță. În situații extreme, copilul poate avea manifestări psihotice. El poate ajunge să „nu simtă nimic” ca expresie a unor impuneri absurde, sau să confunde ceea ce simte cu ceea ce nu este voie să simtă, ori cu ceea ce este permis sau ar trebui să simtă. Și în cazuri mai puțin grave, un copil nevrotic, labil emoțional sau cu tulburări de comportament, ca de pildă în cazul minciunii patologice (mitomanie) se pot înregistra asemenea disfuncții la nivel perceptual, produse de habitusuri patologice de adaptare la social.

Adultul păstrează din copilărie intacte, uneori, toate falsele strategii de a simți, atât în ceea ce îl privește, cât și în raporturile lui de comunicare pervertită, cu alții. Copiii introectează toate impunerile comportamentale și ulterior idealurile sau convingerile altora, necritic, ca o plastilină modelabilă la „căldură și amenințarea pierderii acesteia din cuibul parental”, pentru ca mai târziu să devină adulți cu o moralitate supraîntărită, mai curând decât cu o moralitate compatibilă organismic (G. Yontef, J. Simkin, 1989). În consecință, anumiți adulți investesc o cantitate enormă de energie în menținerea graniței între obligații și dorințe și multe dintre impunerile introectate îi determină să fie ceea ce ei nu sunt, crescându-le rezistența la schimbare și împiedicându-i să se schimbe. Este **unanim cunoscut faptul că crice încercare a cuiva de a schimba modul de a fi a altcuiva este sortită eșecului, este iluzorie**. Nimeni nu poate schimba pe nimeni, dar fiecare se poate schimba pe sine. Acesta este un **principiu în terapia gestaltistă, pe care îl regăsim și în psihoterapiile orientale**. Beisser (1970) sublinia la rândul său, că schimbarea în cineva nu trebuie să se realizeze prin „încercarea corectivă a individului sau a altei persoane de a-l modifica”, ci prin efortul personal de „a fi ceea ce ești, de a te plasa în mod curent în propria ta poziție”, adică de a fi tu însuși. Acest efort personal este încurajat, stimulat și activat prin terapia gestaltistă, conform principiului că ori de câte ori, terapeutul va rejecta rolul de agent al schimbării, schimbarea spontană în persoană va fi posibilă.

2) **Conștientizarea**. Este o importantă formă de experiență în parcurgerea ciclului gestaltist. Împreună cu dialogul, conștientizarea este totodata și **principalul instrument terapeutic**. Ea poate fi definită ca punere în contact a unei persoane cu sine sau cu altcineva, ori altceva, rezultând dintr-o focalizare a atenției asupra a ceea ce este. După Laura Perls, scopul terapiei gestaltiste este crearea unui continuum al conștientizării, o formare perpetuă, liberă a gestaltului. Conform legii dezvoltării organismului prin autoreglare dinamică, ceea ce este de cel mai mare interes și preocupare, se impune și reconfigurează structura respectivă, fie ea persoană, grup, sau societate.

Noul gestalt este experimentat mai întâi în exterior (unde este confirmat, selectat, ajustat, schimbat prin percepție și acțiune), pentru ca apoi să poată fi interiorizat - asimilat, integrat ori uitat, adică să devină operațional și la nivel subconștient și înconștient. În felul acesta se lasă liber planul conștientizării, pentru focalizare, reexperimentare și reconfigurarea unui nou gestalt. Gestaltul include simultan o experiență de acțiune, cunoaștere și trăire - o achiziție reconstrucitivă, a personalității, iar conștientizarea este mecanismul prin care gestalturile se formează, eliberează și înlocuiesc unele cu altele într-o devenire continuă. Teoretic, potențial, capacitatea de experimentare, cunoaștere și restructurare de sine a persoanei este nelimitată, dar practic, în efortul său de a se contacta și integra în lume, ea poate să manifeste dificultăți, blocaje, erori de funcționare. Acestea constituie chiar obiectul de acțiune al terapiei centrate pe conștientizare, ca instrument de deblocare și de fluidizare a succesiunii gestalturilor, în scop de însănătoșire și de evoluție personală.

Conștientizarea deplină este procesul prin care se intră în contact cu cele mai importante evenimente din câmpul individual (intrapsihic) sau din mediu (exteropsihic), cu ajutorul suportului total senzorio-motor, emoțional, cognitiv și energetic. Experimentând în cadrul terapiei prin focalizarea atenției asupra sieși sau a exteriorului (în acest sens terapia gestaltistă dispune de o varietate imensă de exerciții și tehnici de provocare), pacientul accede la insight, ca punct culminant al conștientizării depline. Insight-ul este realizarea imediată, spontană, a unei **unități evidente între elementele disparate din câmpul fenomenologic experimentat, care revelează un sens nou, ceea ce creează condiții pentru restructurarea gestaltului, pentru creștere**. Conștientizarea deplină este energizată de nevoia dominantă a organismului și ea implică nu numai auto-cunoaștere, ci și cunoaștere directă a situației curente și a modului în care se situează sinele în situație. Așa încât, orice negare a situației și a cerințelor acesteia, ca și a propriilor dorințe și răspunsuri alese de persoană - este o perturbare a conștientizării. Multe dintre aceste perturbări țin de experiențele familiale timpurii care induc automistificarea (Laing, 1965).



Dacă o conștientizare deplină poate să clarifice și să confere siguranță de sine, o perturbare a acestui proces întreține confuzie și anxietate în contactul cu sine și cu alții. Ea nu trebuie confundată cu o simplă introspecție focalizată launtric. Prin conștientizare deplină, gestaltiștii înțeleg procesul prin care cineva cunoaște modul în care el se autocontrolează, în care alege și decide modalitățile de acțiune sau comportament în situațiile lui de viață, precum și cum sau cât își asumă răspunderea pentru propriile sentimente și comportamente. Cu alte cuvinte, persoana, învățată în terapie să cunoască (să conștientizeze), chiar modul în care ea conștientizează - cheia autoreglării și schimbării strategiilor de rezolvare a propriilor probleme, interioare sau externe. Conștientizarea deplină ca instrument de lucru terapeutic deschide persoanei accesul la ea însăși într-un mod responsabil, autoasumat. Deciziile, sentimentele, acțiunile sunt liber cunoscute și experimentate, ceea ce echivalează cu posibilitatea individului de a-și debloca propriile resurse rezolutive și de a se automodifica. În cadrul terapiei, pacientul învață să lucreze cu el însuși și asupra lui însuși, să conștientizeze cum se poate conștientiza pentru ca apoi să acționeze responsabil în propria lui devenire. El descoperă astfel cum se poate trăi sănătos, eficient, în armonie cu sine și cu lumea, adaptându-se creativ, la situațiile de viață, integrându-se holistic. Într-un anume fel, terapia gestaltistă îl învață și îl provoacă pe om să se autoelibereze de „balastul psihologic” pe care îl transportă de-a lungul vieții sale, dezvăluindu-i și instrumentele psihologice prin care să se poată reconstrui din propriile lui resurse (disponibilități și material informațional).

Desigur că o persoană, fie ea sănătoasă, fie bolnavă poate fi conștientă sau vigیلă în spațiul ei de viață; aceasta nu înseamnă însă, că ea este conștientă și de puterea ei de a se transforma și de a coevolua cu acest spațiu (mediu). Pentru aceasta este necesar ca persoana să se autoconștientizeze total - senzorial-cognitiv, afectiv și motivational. O persoană care afirmă ceva în legătură cu ea fără a simți în mod real acel lucru, nu se află în contact deplin nici cu ea, nici cu situația. Cel care este conștient deplin, știe ce face, cum face, că are alternative și că a ales să fie sau să facă ceea ce este (G.Yontef, J. Simkin, 1989).

Cum se provoacă și explorează procesul conștientizării depline de sine în terapia gestaltistă? Focalizarea conștientizării se poate face în două maniere:

- fie pe contactul cu sine și cu propria experiență trăită în prezent, „aici și acum” (inclusiv prin aducerea experiențelor trecute sau a celor viitoare - în prezent, prin intermediul jocului de rol);

- fie pe contactul cu mediul înconjurător (persoane, relații, situații).

Trebuie precizat că actul conștientizării este întodeauna „aici și acum” chiar dacă ceea ce se conștientizează (conținutul) poate privi trecutul sau anticiparea viitorului. Iată două exemple în acest sens:

a) «C (își frământă mâinile, poziție încordată, privire neliniștită): Îmhh, nu știu ce să-ți spun...

T: Ce-ti trece prin minte acum?

C: Mă gândesc că va trebui să-i spun soțului meu, diseară, despre toată tărăsenia asta, totuși... Mereu mi-am imaginat cum o s-o fac, dar... (vădit tensionată)

T: Ce simți tu chiar acum?

C: Că mi se taie respirația... îmi vine să mă ridic și să mă mișc, să respir mai în voie...

T: (aprobator, privind semnificativ, liniștit)...!

C: Nu sunt ridicolă, nu?... depinde de mine.

(Se ridică, mută scaunul, se învârtă de câteva ori prin cameră, respiră adânc, trage de scaun)

T: Fă tot ce simți nevoia, așa, mișcă-te, respiră și mai adânc, trage mai tare de scaun!... (Din ce în ce mai liberă în mișcări și în respirație, după o eliberare motorie a tensiunii, ușor amuzată, zâmbind doar într-un colț al gurii, se reasează picior peste picior, mai liniștită și pregătită să continue dialogul):

C: Gata, mi-e mai bine așa!... (privire implicativă).

T: Arăți mult mai bine acum! Deci...

C: ... (oftat eliberator)

Sunt foarte curioasă să înțeleg de ce îmi este așa de greu să-i comunic decizia mea.

T: Ce simți când ești față-n față cu el?

C: Mă simt mică și neascultată, neputincioasă, de parcă nu ar avea nici o importanță decizia mea, de parcă n-aș fi capabilă să iau o decizie...».

Conștientizarea deplină și autorespingerea se exclud reciproc. Autorespingerea este o negare a ceea ce cineva este, prin urmare, creează o distorsiune în conștientizare, în modul în care persoana se percepe. Vorbind despre sine în termenii care i-ar aparține altei persoane, ca și cum a-i substitui pe „eu sunt” cu „ce spune celălalt că sunt”, persoana intră în confuzie, întrerupându-și ciclul conștientizării de sine depline, deci autrespingându-se. Neconștientizarea de sine mută conflictul real sau imaginat doar, din plan extern, în plan intern și perpetuează un model de autofalsificare soldat cu blocaj și suferință. Individul ajunge să creadă că este ceea ce nu este de fapt și să acționeze în consecință. Terapia gestaltistă consideră că oamenii sunt primii agenți în determinarea propriului comportament, că ei sunt direct răspunzători de ceea ce fac din viața lor. Când uită de responsabilitatea vieții lor, confundând-o cu „blamul social” sau cu „trebuie”, atunci ei se automanipulează, se autoconstrâng. Cu cât sunt mai ignoranți în privința a ceea ce sunt, cu atât sunt mai dependenți de alții, mai deresponsabilizați. Autocunoașterea înseamnă și un grad mai mare de autoresponsabilitate, deci și de libertate. Cu cât sunt mai spontani, cu atât oamenii sunt mai integrați. Ei sunt responsabili pentru ceea ce ei aleg să facă și nu pentru ceea ce li se impune. Ori de câte ori, cineva preia responsabilitatea pentru ceea ce el nu a ales sau nu a depins de el, se autodecepește, trăiește sentimente penibile de jenă și insuficiență. Responsabilitatea se referă și la opțiunile morale și valorice, iar alegerile care acționează împotriva sinelui sunt la fel de imorale ca și cele care produc rău altora.

b) Secvența de dialog, după Hatcher (apud R. Levant, 1984) - explorarea conștientizării contactului cu mediul:

«C: Am visat că eram în mașină și conduceam foarte repede, mult prea repede, pe o șosea șerpuitoare...»

T: Fii stradă ! Vorbește-ți ție acum, ca și cum ai fii stradă... vezi ce simți dacă ai fi stradă...

C: „Sunt stradă. Dacă ești prevăzător și ești atent la mine, te voi susține în siguranță. Dacă mergi prea repede, o să mă pierzi și o să te rănești.” (joc de rol)

T: Acum fii mașină !

C: „Sunt mașină. Sunt încântat de viteză, mă mișc foarte repede, dar îmi este frică. Nu sunt sub control și Jack (șoferul) mă duce tot mai departe...”

T: Acum fii șoferul !

C: „Încerc să ajung undeva și strada devine din ce în ce mai dificilă pentru mine. Nu-mi place deloc asta și trebuie să merg mai departe...”

3) Acțiune. A treia secvență importantă în experiența ciclului gestaltului este acțiunea. Acționând, persoana își mobilizează sistemul osteo-muscular sau își blochează impulsul de a acționa resimțind tensiune musculară și durere. Ea poate experimenta atât puterea de a acționa eficient, cât și acțiunea ineficientă, aceasta din urmă favorizând inhibiția, „paralizia voinței”. **Disfuncțiile la acest nivel pot greva semnificativ dezvoltarea personală.** Unele persoane cu deficite de acționare (absența inițiativei, susținerea acțiunii, finalizarea acțiunii, adecvarea acțiunii), își dezvoltă compensator alte abilități, ca de pildă fantazarea, teoretizarea, capacitățile observaționale, dar suferă de o incapacitate de a pune în acțiune sau de a-și finaliza ideile, proiectele etc.

Terapia gestaltistă are în vedere în mod special **stimularea și amplificarea acțiunii**, utilizând în acest sens multiple **tehnici corporale** (respiratorii, posturale, metafora corporală, dans și mișcare terapeutică, joc de rol, etc.).

În ciclul experienței întregirii gestaltului, acțiunea exprimă modul în care individul își exercită voința de „a face” sau de „a nu face”, de a decide liber direcția sa de manifestare, pe baza discriminării, clarificării între „ceea ce vrea” și „ceea ce nu vrea” în fiecare moment al existenței sale.

4) Contact. Un stadiu crucial al ciclului este experiența contactului cu exteriorul (persoane, obiecte, situații, mediu). O graniță de contact optimă, care să mențină un raport de echilibru

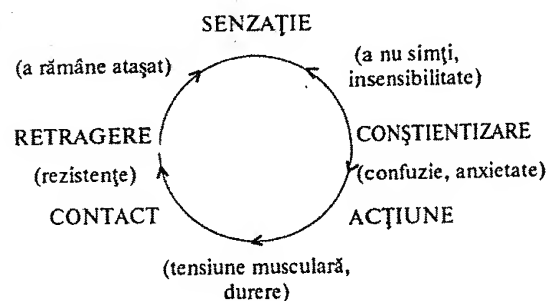
dinamic între sine și mediu, necesită o anumită flexibilitate adaptativă, bazată pe armonizarea între „deschidere” și „rezistență”, între permeabilitate și evitare, având în vedere că individul și mediul constituie împreună „o polaritate”. **Rezistența**, ca mod de manifestare a fermității, stabilității și consistenței eu-lui, este o parte a acestei polarități. Privită ca polaritate, rezistența nu este neapărat „rea”, așa cum tind să o considere mulți terapeuți, în sensul că pacientul nu este dispus să urmeze directivele sau sugestiile terapeutului. Ei înțeleg rezistența, prin această viziune dihotomică, ca pe un impuls de a rezista impulsului restructurant venit din afară, de a i se opune lui. În gestalt-terapie, rezistența este privită mai curând ca o manifestare sănătoasă exprimând acele forțe vitale sau trăsături care se impun, care se dovedesc solide, „scheletul de rezistență al personalității”. Din acest motiv, gestaltiștii lucrează în terapie atât cu procesul de conștientizare, cât și cu rezistența față de acest proces, ambele fiind reconstructive și stimulativ pentru creșterea personală. Ei nu împărtășesc punctul de vedere peiorativ asupra rezistenței în contactul terapeutic, ci dimpotrivă, consideră rezistența benefică pentru resuscitarea resurselor naturale, dinamice ale organismului în a se regla. De aceea, cele 5 tipuri de rezistență la contact - confluență, proiecție, introecție, retrofecție, deflecție și negarea (izolarea) sunt dezvoltate și abordate terapeutic printr-o diversitate de tehnici de conștientizare, bazate în special pe jocul de rol, centrat pe integrarea polarităților eu-lui. Efectul terapeutic constă în învățarea de către pacient a modului în care rezistențele perturbatoare pot fi diluate, integrate în dinamica procesului de autoschimbare, iar rezistențele sănătoase, pot fi conștientizate și autoîntărite. „Mulți terapeuți gestaltiști evită chiar termenul rezistență, datorită conotației peiorative dihotomizante, care conferă procesului terapeutic mai curând caracterul de „luptă”, decât cel de autoconflict” (G. Yontef, J. Simkin, 1989, p. 337).

5) **Retragere.** Stadiul final al ciclului experiențial de completare a gestaltului este revenirea, retragerea sau replierea. O dată încheiat un ciclu, persoana pătrunde în structura de

fond a ființei sale, îmbogățindu-și viața și extinzându-și experiența prin noul ciclu parcurs. Ea operează astfel o nouă restructurare în sine, în modul ei de a fi, fiind pregătită pentru parcurgerea unui nou ciclu care s-o completeze. **Retragerea finalizează și pregătește un nou salt în dezvoltare, în creșterea de sine.** Aceasta presupune o suspendare, o încheiere acceptată a vechilor probleme de relație, cu sine și cu alții, o „liniștire a apelor parcurse”, sau, parafrazându-l pe Perls - „a nu lăsa afaceri neîncheiate”. Persoanele care nu reușesc să se detașeze de vechile probleme ale unui ciclu experiențial, rezolvându-le prin acceptare, înțelegere superioară a sensului, reconvertire a lor în experiențe de cunoaștere și acțiune îmbogățitoare, adică printr-o nouă reconfigurare a raportului „figură-fond”, rămân ele însele în „suspensie”. Aceste persoane se agăț cu înverșunare de relațiile „neterminate”, se înverșunează în a-și păstra vechile tranzacții, semnificații și resentimente, rămân fixate sau atașate de un vechi pattern experiențial. În acest fel, ele se autosabotează în procesul de creștere, care se declanșează doar în condițiile finalizării gestaltului, asimilării lui organismice, ceea ce permite detașarea, restucturarea și începerea unui nou ciclu evolutiv.

Reproducem în figura de mai jos, schema ciclului experienței gestaltului, adaptată de M. Rabin, 1980. (apud R. Levant, 1984, p. 165).

Figura 1



Ciclul Experienței Gestalt  
(după M. Rabin, 1980)

Schimbarea gestaltului trebuie pusă în legătură cu conceptul de „polaritate” - concept

Personalitatea este concepută ca un câmp diferențiat în polarități, adică în „părți” care pot fi opuse, complementare sau care se explică mutual. Prototipul acestei diferențieri sunt cei doi poli ai unui câmp electric: polul pozitiv (+) și polul negativ (-). Polarizarea postulează că părțile opuse aparțin și constituie împreună întregul, asemenea principiilor Yin și Yang, din filosofia taoistă.

Pentru ca persoana să se poată dezvolta, este necesar ca părțile polarizate să se poată integra într-un întreg armonios prin autoreglare organismică. Altfel, se creează dihotomii și antagonisme, care dereglează funcționarea și evoluția persoanei, cum ar fi dihotomiile: între minte și corp, între intern și extern, între infantil și matur, între biologic și cultural, între conștient și inconștient, între acceptat și respins.

Omul sănătos este integrat într-o unitate diferențiată polar în mod natural, în care dihotomiile dintre eul ideal și eul real, cerințe sociale și nevoi personale, raționalitate și afectivitate sunt rezolvate prin acceptare și restructurare dinamică, prin configurarea unui bun gestalt.

În modul în care se constituie un gestalt intervine raportul „figură-fond”, adică modul în care se impune ceea ce este dominant pentru persoană, în contextul ei mai larg (intern și extern). O „bună formă”, adică ceea ce este formulat cu claritate și înțeles se va impune în câmpul existențial de bază, pe fundalul său temelia din care se clădește personalitatea. În starea de sănătate, figura se schimbă pe un alt înțeles ori de câte ori este nevoie, adică atunci când o nevoie este satisfăcută sau este suprapresată de o alta mai urgentă. Astfel, se întrețin raporturi armonice între figură și fond, ele rămân unificate, iar structura personalității coezivă, echilibrată. În starea de boală psihică și somatică, figura și fondul sunt dihotomizate, în sensul că figura rămâne fără context, (de exemplu, nevoile rupte de realitatea posibilităților) sau contextul apare fără figură (posibilitățile există, dar nu sunt orientate către un scop, sau un interes dominant care să satisfacă nevoile de creștere), astfel încât relațiile dintre figură și fond sunt compromise, sunt întrerupte (Perls și colab., 1951). În terapia gestaltistă, dialogul și conștientizarea

reușesc să actualizeze nevoia dominantă a câmpului ca întreg, conectată eficient la acesta (adică la fundal, cu toate caracteristicile sale definitive, atât interne: foame, oboseală, interes, experiențe trecute, etc., cât și externe: structura fizică a câmpului, context socio-cultural și politic, etc).

O bună sănătate exprimă o interacțiune creativă, atât cu sine, cât și cu lumea, bazată pe integrarea polarităților. „O persoană care vede interacțiune creativă, își asumă responsabilitatea pentru balanța ecologică dintre sine și mediu”, precizează gestaltterapeuții, iar „o psihoterapie care ajută doar la ajustarea sau adaptarea pacienților, creează conformitate, uniformitate și stereotipie socială. Tot așa, o psihoterapie care îi stimulează pe oameni doar să se impună pe ei înșiși în lume, fără a lua în considerare pe alții, angajează narcisismul patologic și realizarea unui sine izolat de lume, prin negarea lumii.” (G. Yontef, J. Simkin, op. cit. p. 337). **Adaptarea nu poate fi decât creativă, pentru a fi și evolutivă; altfel, este blocantă și patogenică.**

Aceasta presupune ca persoana să nu fie divizată, ci unificată prin actul terapeutic, să nu îi manipuleze pe alții, dar nici să nu fie manipulată. Pacientul se autoreglează organismic, spontan, descoperind în terapie că este capabil să-și asume responsabilitatea pentru ceea ce alții au făcut sau fac pentru el, ca și pentru ceea ce el face sau a făcut pentru alții și pentru sine. El învață să conștientizeze că suportul de bază în reglarea sa este chiar el însuși, învățând să-și ofere autosuport. Astfel, el nu va mai aștepta suport extern, cum se întâmplă în alte terapii care îi înlocuiesc propriul suport, făcându-l dependent și hrănindu-i sinele cu iluzii și speranțe nerealiste. Terapeutul gestaltist îl ghidează în traversarea impasului, fără să-i facă munca, îl inițiază cum să-și ofere autosprijin, fără a-i induce soluții sau sfaturi, directive sau interdicții, fără să-l „salveze”, manipuleze sau infantilizeze, ci doar eliberându-i resursele și orientându-i energiile prin care adultul se auto-transformă liber.

## 5. Procesul psihoterapeutic gestaltist (obiectiv, principii de desfășurare, modalități metodologice)

### 5.1. Obiectivul gestalt-terapiei.

Scopul declarat al gestaltterapeuților este provocarea și extinderea conștientizării - ca modalitate de creștere și autonomie personală.

Conștientizarea privește atât o arie particulară a experienței pe care persoana o trăiește, a trăit-o sau ar putea s-o trăiască într-o anumită împrejurare, cât și habitusurile automatizate. Cu alte cuvinte, conștientizarea se referă atât la conținuturi (sentimente, reprezentări, convingeri, evaluări și informații), cât și la procese psihice (mecanisme prin care persoana ajunge să simtă, să gândească și să acționeze într-un anumit mod). Scopul este ca pacientul să conștientizeze CEEA CE ESTE EL, pe de o parte, și CUM FACE ca să se întâmple ceea ce este, pe de altă parte. Terapia este simultan un proces de autoexplorare, autoînțelegere și auto-schimbare, prin intermediul conștientizării atât a conținuturilor intrapsihice, cât și a modalităților psihologice prin care aceste „conținuturi” pot fi reasezate, resemnificate, schimbate, cu deplină responsabilitate.

Pe ce se concentrază munca de conștientizare cu pacientul? Principalele direcții sunt:

- cunoașterea mediului;
- răspunderea alegerilor;
- autocunoașterea și autoacceptarea;
- abilitatea pentru contact.

### 5.2. Indicații terapeutice

Terapia gestaltistă este indicată în special persoanelor cu tulburări anxioase, depresive, fobice, somatoforme, în general celor din sfera psihogeniilor, precum și adolescenților cu tulburări de adaptare, emoționale și de identitate. Beneficiază, de asemenea, persoanele interesate de optimizarea comportamentului, deschiși în a lucra asupra autoconștientizării și dornici să învețe în mod natural cum să producă schimbări în viața lor. Este foarte importantă motivația și tipul de așteptări cu privire la terapie. Mulți clienți, deși se consideră sinceri interesați în schimbarea comportamentului

lor, sunt mai curând dornici să scape de un anumit disconfort, acuzând stare de rău generalizat, indispoziție, insatisfacție în relații și în viață. Ei așteaptă mai mult ca ameliorarea să vină din efortul terapeutului și nu din eforturile lor personale. Cei care sunt interesați să scape doar de simptome, fără a se folosi de munca de autoconștientizare, nu vor participa autentic în terapia gestaltistă, ei fiind mai indicați pentru terapiile comportamentale, bio-feed-back-ului și chimioterapiei.

Persoanele care suferă de sentimente de autorespingere, sau care se tem să nu fie respinși, cu complexe de inferioritate, cei care se auto-înșeală, cu acute sentimente de frustrație, cu dificultăți de exprimare a sentimentelor și opiniilor, cu conduite evitante, ezitante, dubitative, inhibați, blocați, anxioși, într-un cuvânt - toți cei care trăiesc nefericirea și nu știu cum să depășească această stare - sunt cei mai indicați pentru această formă de terapie. Ei sunt direct interesați de modul în care pot autoconștientiza cum să se autoregleze. De asemenea, cei care au înclinație și preocupare în a se cunoaște pe sine într-o manieră intelectuală, dar care nu s-au maturizat emoțional, care nu au crescut spiritual, pot fi beneficiari ai terapiei gestaltiste. Aceasta se justifică prin faptul că terapeuții gestaltisti sunt direct interesați de modul în care se pot autosprijini pacienții în rezolvarea problemelor lor, facilitându-le creșterea autoreglării și autosuportului. Pe ei nu îi preocupă atât soluțiile, cât găsirea acestora de către clienții înșiși și deblocarea mecanismelor prin care aceștia să-și poată descoperi soluții proprii în general, deci și în alte contexte. Pe măsură ce înaintează în terapie, interesul pentru restructurarea personalității clientului crește, atât la terapeut, cât și la client. O terapie finalizată cu succes, asigură independența clientului în a lucra el însuși cu temele sale caracteriale și de relație, cu problemele proprii sale reglări și dezvoltări, utilizându-și optim semnificațiile propriilor conștientizări.

### 5.3. Principiile practicării terapiei gestaltiste

a) Psihoterapia gestaltistă se desfășoară ca un proces de explorare „împreună”, în contextul întâlnirii sau contactului autentic între persoane reale. În cadrul acestei „întâlniri”,

terapeutul ghidează activ munca de conștientizare a clientului, evitând să mențină distanța, să interpreteze sau să modifice direct conduita. Creșterea apare ca rezultat al contactului real și al experienței directe a celor doi participanți implicați. Prezența terapeutului este vie, participativă, rezonanță, sensibilă, onestă și directă. Din modul în care pacienții sunt angajați în relație cu terapeutul, ei pot învăța cum procesul lor de conștientizare este limitat nu atât de problemele lor, cât de acest mod de a se relaționa în general. Ei conștientizează cum sunt percepuți de alții, ce simte terapeutul în raport cu ei și în anumite situații, cum îi percepe la rândul său ca persoană. Ei pot vedea, auzi și spune ce experimentează, focalizarea realizându-se printr-o largă paletă de modalități de contact, de la empatie - la exercițiile structurate pe fenomenologia relației dintre terapeut și pacient.

b) În terapia gestaltistă nu se utilizează formula «ar trebui sau trebuie», ci formula «ce preferi sau ce dorești». Acentul în munca de conștientizare se pune pe autonomia și autodeterminarea pacientului, lăsându-i în propria grijă atât responsabilitatea, cât și sancționarea comportamentului său. Etica lui „nu trebuie” ține de respectarea preferințelor și soluțiilor clientului, fără a însemna în nici un fel încurajarea tendințelor anarhice, antisociale sau asociale. Respectul pentru persoana totală dă posibilitatea terapeutului de a-l ajuta pe client să se clarifice în privința diferențelor între „nu pot” și „nu vreau”, ca și asupra barierelor interne care îl împiedică să conștientizeze, cum ar fi învățarea anterioară, rușinea, anxietatea și teama sau sensibilitatea la rănire narcisică.

c) Facilitarea explorării căilor care cresc posibilitatea clientului de a-și continua dezvoltarea pe cont propriu, și în afara sedinței terapeutice. Terapeuții gestaltiști folosesc în acest sens o comparație sugestivă: „să lași clientul neterminat, asemenea unei fripturi pe care o lași să se coacă în cuptorul cald și după ce ai stins focul”. Pacientul rămâne astfel deschis, cu o sarcină care urmează să se continue și în afara cabinetului terapeutic, și acest stil de a lucra, explica de ce terapia gestaltistă poate fi atât de frecvent și intensiv practică (de mai multe ori pe săptămână).

Cu privire la acest principiu al facilitării și stimulării creșterii continue, Yontef și Simkin precizează: „noi cooperăm cu creșterea care se produce fără noi; noi inițiem atunci când este nevoie; oferim facilitățile necesare clientului în a-și întări autoperfecționarea. Noi mai mult facilităm creșterea, decât completăm un proces de cură” (1989, p. 330). **Facilitarea creșterii, sau a propriei dezvoltări este principalul și ultimul scop al acestei terapii, iar calea este „achiziționarea aceluia nivel de integrare” a persoanei, care să permită creșterea, după Perls.**

d) **Principiul integrării personale sau repersonalizarea.** Reușita unei terapii gestaltiste este indicată de cât de mult a reușit sclientul să achiziționeze integrare, adică să devină un întreg, să se unifice în interior. Integrarea necesită identificare cu toate funcțiile vitale, și nu doar cu anumite idei, emoții sau acțiuni. Respingerea anumitor idei, sentimente și acțiuni proprii conduce la înstrăinare de sine, la alienare. De aceea, sarcina terapiei este de a determina persoana să devină conștientă de părțile alienate anterior, de ceea ce ignoră, respinge, se teme sau neagă, din sine însuși.

Pentru a putea deveni discriminativă și responsabilă, persoana trebuie mai întâi să-și conștientizeze acele părți autorespinse, să le „guste”, să le reconsidere, să le asimileze dacă sunt ego-sintonice sau să le autoelimine dacă sunt ego-alienante. Numai acceptând ceea ce este poate să restructureze, să resemnifice, să învețe să discrimineze și să se autosume, ceea ce permite reunificarea interiorului, repersonalizarea. În reconsiderarea și integrarea acelor părți pecare pacienții și le resping, Simkin utilizează o altă analogie sugestivă: „modelul prăjiturii” („deși uleiul, făina, praful de copt sunt rele la gust dacă le-am consuma separat, luate împreună ele sunt indispensabile pentru coacerea prăjiturii și succesul ei.”).

e) **Principiul autodezvăluirii și autoresponsabilității participanților în relația terapeutică.** Ca și în alte terapii umaniste-experiențiale, și în terapia gestaltistă relația terapeutică este de la adult la adult, se desfășoară pe orizontală, fiind centrată pe prezentul situației și accentuând asupra experienței directe a celor doi participanți. Spre deosebire de alte terapii însă, în acest caz terapeuții, ca și pacienții își dezvăluie



prezența lor în întregime, prin comunicarea percepțiilor lor asupra pacienților și experiențelor care se consumă, precum și a observațiilor asupra a ceea ce pacientul nu conștientizează. Terapeutul este nu numai conectat empatic la client, dar își dezvăluie participarea ca persoană conștientă în experiența comună. Acest stil de a lucra, permite pacientului să acționeze ca un egal, care are un acces deplin la datele propriei sale experiențe, așa cum trăiește el dinlăuntrul ființei sale ceea ce terapeutul observă și îi comunică din afară. În felul acesta, ambii sunt implicați în munca de conștientizare în mod activ, participând direct, dar fiecare este responsabil doar pentru sine. Spre deosebire de alți terapeuți, care se consideră responsabili pentru pacienți, minimalizându-le sentimentele, opțiunile sau resursele și întărindu-le astfel, nevoia manipulării, terapeutii gestaltiști implică prin chiar stilul de relaționare responsabilitatea clientului în a se autosprijini și autoregla. Sarcina lor este chiar a-l învăța pe client cum să se autosprijine, de a-i încuraja și întări responsabilitatea pentru propriile alegeri și soluții, de a și le asuma și valida. Un alt aspect important al relației terapeutice este că ambii sunt responsabili de modul în care își mențin cu grijă, onest și eficient alianța pentru facilitarea creșterii.

Responsabilitățile stricte ale terapeutului în procesul terapeutic se referă la:

- cantitatea și calitatea „prezenței” lor în relație;
- cunoașterea de sine și a pacientului;
- menținerea unei poziții nedefensive;
- menținerea proceselor de contact și conștientizare într-o manieră adaptată clientului;
- consecințele propriului lui comportament în stabilirea și menținerea climatului terapeutic

f) **Principiul experienței directe sau conștientizarea lui «ce și cum» și al lui «aici și acum».** În gestalt-terapie, experiența directă este instrument metodologic. Ea este extinsă și aprofundată, având ca pretext, sau ca tehnici provocative o serie de sarcini experimentale sau exerciții. Prin efectuarea acestora, pacientul devine conștient de CE și CUM face, adică de cum face față, cum face alegerile, cum se autosprijină sau cum rezistă, se opune, etc.

Prin stimularea interogativă a terapeutului „Ce simți? Ce faci acum/cum simți sau cum faci asta?”, clientul își lărgeste treptat experiența, fără ca terapeutul să-și propună să-l conducă neapărat undeva anume, să-i schimbe sentimentele sau să-l recondiționeze, ori măcar să-i provoace un catharsis mai intens.

Focalizarea acestui proces de autodescoperire se face AICI și ACUM, întrucât procesul conștientizării se întâmplă în prezent, în „acum”, chiar dacă obiectul conștientizării pot fi și evenimente anterioare (reamintirea, retrăirea lor se întâmplă tot acum). Contactul persoanei cu lumea, ca și cu amintirile sau anticipările și expectațiile, se întâmplă acum, iar necunoașterea a ceea ce simt și sunt în prezent, îi împiedică pe oameni să-și integreze eficient dimensiunea trecutului ca și pe cea a viitorului în personalitatea lor. Neconștientizându-și prezentul, unele persoane ajung să-l experimenteze ca și cum s-ar afla în trecut sau în viitor. Și într-un caz, și în altul, ei suferă de distorsiuni ale contactului cu lumea, fie trăind mai mult în trecut decât în prezent, fie trăind în prezent ca și cum n-ar fi avut trecut, fie trăind în viitor ca și cum ar fi în prezent. Acestea sunt perturbări ale conștientizării sinelui și contactului cu ceilalți din perspectiva timpului și ele pot fi reglate în terapie doar prin centrarea întregii experiențe în prezent, ca tranziție perpetuă între trecut și viitor. Și chiar dacă experiențele trecute sau posibile sunt readuse sau imaginate, după caz, pe scena prezentului, pentru a putea fi clarificate și integrate, terapeutii gestaltiști preferă să orienteze conștientizarea asupra experienței prezente, aici și acum, în contactul terapeutic și în contextul orei de terapie, pentru a spori concretețea și actualitatea trăirii, inițiind astfel pacientul în a se alimenta chiar de la sursa înțelegerii sale perpetue și totodată, a schimbării sale perpetue. Se consideră că a vorbi despre o persoană, de pilda, care nu este prezentă este mai puțin restructurant și terapeutic pentru client, decât a-i vorbi direct acelei persoane, ca și cum s-ar afla în fața lui. Această manieră directă de dialog cu persoane care deși nu sunt prezente fizic, sunt prezente „psihologic” în experiența clientului, implică tehnici derivate din jocul de rol.

Ea este în măsură să mobilizeze mai mult experiența directă, observarea și autoconștientizarea. În același timp, clientul este protejat emoțional de impactul prezenței fizice a persoanei cu care are o relație dificilă sau patogenă și câștigă distanța psihologică necesară pentru a reexperimenta relația respectivă, a o reevalua și integra pe un alt nivel de semnificație, care să-i permită să evolueze, să crească.

În terapia gestaltistă, modalitățile metodologice «ce și cum», «aici și acum», «eu și celălalt» și «ca și cum» sunt facilitatoare în special când demersul terapeutic este ținut pe psihodinamica caracterologică și a dezvoltării.

Prezentăm mai jos o secvență semnificativă de dialog terapeutic de conștientizare, spre exemplificare, adaptată după Yontef și Simkin (1989, pag. 340):

«O femeie de 30 de ani, aflată în faza de mijloc a unei terapii de grup gestaltist este indispusă și spune că e supărată pe cineva din grup, fără a preciza persoana. Deși de obicei, într-o astfel de împrejurare, terapeutul utilizează tehnica „spune-i-o!”, el ghidează dialogul către o altă posibilitate de conștientizare:

T: ...Se pare că tu nu ești doar supărată, ci chiar mai mult decât atât...

P: (privește cu interes spre terapeut)...

T: Arăți ca și cum ai fi foarte mânioasă, foarte iritată...

P: Da, așa și sunt... Îmi vine să-l omor.

T: Tu pari că te simți incapabilă s-o faci... pari că te simți neputincioasă...

P: Eu chiar așa sunt.

T: De obicei, neputința însoțește furia. În legătură cu ce te simți tu neputincioasă?

P: Nu-l pot face să fie de acord cu mine!

(Observațiile terapeutului asupra întâlnirilor pacientei cu persoana respectivă și în alte ședințe de grup, confirmă aceasta).

T: Și tu nu accepti asta?

P: Nu!

T: Și atunci îți trăiești neputința cu o intensitate mai mare decât ar merita-o situația...

P: (semne aprobative din cap, apoi pauză)

T: Ce trăiești acum? Ce experimentezi? Ce-ți vine în minte?

P: O mulțime de oameni din viața mea au fost ca el...

T: Asemenea tatălui tău, cum spuneai data trecut... (această afirmație se bazează pe munca anterioară cu pacienta, în cadrul altei ședințe terapeutice, focalizate pe retrăirea în prezent a experienței rănirii narcisice, determinată de contactul cu tatăl sau, care nu a fost niciodată de acord, responsiv, în raport cu ea).

#### 5.4. Stiluri, modalități și tehnici de lucru în terapia gestaltistă

În terapia gestaltistă se practică o diversitate de stiluri și modalități de lucru, care toate însă au în comun principiile terapeutice prezentate anterior. Acest sistem terapeutic dispune de cea mai bogată gamă de stiluri și modalități de lucru, el însuși definindu-se prin creativitate metodologică. Principalele modalități de lucru sunt:

- terapie individuală a adultului;
  - terapie în grup;
  - terapia cuplului și a familiei;
  - terapia copilului;
  - workshop-ul, cu scop de formare a psihoterapeuților și de optimizare comportamentală.
- În cadrul fiecărei modalități de lucru se diversifică stilurile terapeutice, în funcție de:
- calitatea și cantitatea tehnicilor utilizate;
  - frecvența ședințelor terapeutice;
  - caracterul mai dur sau mai blând al relației terapeutice;
  - focalizarea dominantă pe conștientizarea corporală, emoțională, cognitivă sau pe contactul interpersonal;
  - cunoștințe în lucrul cu teme psihodinamice;
  - gradul contactului (întâlnirii) dintre persoanele tratate și terapeut.

Este de precizat faptul că, flexibilitatea stilurilor este în acord cu principiul adaptării terapiei la persoana tratată și la persoana terapeutului, ca și la contextul terapeutic. Personalitatea terapeutului, prin particularitățile sale și disponibilitățile empatice, senzitiv-intuitive, imaginative și creative, ca și prin nivelul dezvoltării sale spirituale, este extrem de importantă în terapia gestaltistă.

Rezonanța dintre atitudinile și implicările terapeutului, pe de o parte, și nevoile clientului, pe de alta parte - este, de asemenea, importantă. „A veni în întâmpinare” și „a intra în

**rezonanță**” sunt două atribute esențiale în munca terapeutului gestaltist. Aspectele vitale ale terapiei sunt contactul, atitudinea și completitudinea metodei experiențiale.

Focalizarea conștientizării fenomenologic, pentru a clarifica și extinde experiența se exprimă în terapia gestaltistă prin expresia „a lucra cu...” Astfel, se poate lucra cu corpul, cu emoțiile, cu comportamentele proprii clientului său pe care el le experimentează din perspectiva altora (înțelegându-i pe alții), deci cu **focalizare pe individ**, ori se poate lucra cu **focalizare pe grup**, ori pe terapeut și pe ceea ce simte, **gândește și experimentează grupul ca întreg**.

**Tehnicile de focalizare** se bazează pe interogații-ghid și pe exerciții (situații propuse spre experimentare, pacientului, cel mai frecvent bazate pe analogie și metaforă, dar și pe focalizare perceptuală, aici și acum).

• Interogațiile-ghid sunt simple, dar revelatorii pentru lucrul pacientului cu sine, cele mai frecvent folosite fiind: ce simți sau la ce te gândești tu acum? De ce anume îți dai tu seama acum? De ce ești tu acum conștient? Ce crezi acum despre asta? Atenție! Nu se pun întrebări care să provoace interpretarea, de genul: de ce crezi asta?, de ce faci astfel?, care să inducă explicații și autojustificări. Acestea vor altera conștientizarea și explorarea sinelui.

• Exercițiile sunt introduse prin formule de genul: „Încearcă să faci asta și vezi ce înțelegi sau ce înveți din acest experiment”. „Încearcă acest experiment și află ce poți conștientiza”, sau: „Experimentează acest lucru și vezi ce-ți trece prin minte sau ce simți acum, în timp ce experimentezi”. Dintre tehnicile experimentale cele mai cunoscute sunt:

a) exercițiile de conștientizare corporală: conștientizarea tensiunii musculare și a relaxării psihomusculare, conștientizarea ritmului respirator și a modificării lui în conexiune cu emoțiile sau cu retrăirea anumitor situații ori cu imaginarea altora, conștientizarea senzațiilor proprioceptive care comunică stări de discomfort, conștientizarea ritmului cardiac în conexiune cu stările și gândurile asociate, conștientizarea posturii, mimicii și pantomimicii în conexiune cu stările emoționale sau cu gândurile pacientului, conștientizarea rezistenței-

lor sau dependențelor în contactul corporal în directă conexiune cu problemele spațiului personal și cu relația de intimitate, etc. Toate aceste exerciții sunt utilizate ca tehnici care orientează conștientizarea însului asupra modului în care funcționează corpul sau asupra modului cum se poate folosi de corp pentru a deveni mai conștient de sine și de contactele sale cu lumea. Iată un exemplu preluat din experiența lui F.Perls cu cazul Sam, redată în „Gestalt Therapy Verbatim”, 1974, p. 81:

«Sam (vorbește repede): Mă numesc Sam...

Fritz: Ne-am mai cunoscut, Sam. Ne-am întâlnit și mai înainte.

S: A, la masă, în timp ce mâncam.

F: Da, dar n-ai lucrat niciodată cu mine.

S: Nu...

F: Acum, te rog, nu-ți schimba poziția (postura). Ce poți spune despre poziția ta?

S: Că este încordată, adunată.

F: Este ca un sistem închis. Și nu numai că e un sistem închis, dar partea ta stângă trage spre dreapta, partea dreaptă se duce spre stânga; oare cum le poți amesteca astfel? Corpul tău nu ți-a spus nimic încă, dar poți vedea cât de mult se exprimă prin postura ta...

S: Ei, mă simt foarte sigur așa. (râzând)

F: Vrei să-mi faci o favoare? Vezi ce simți când te deschizi, când îți dai drumul... ei? ...

S: Îmi simt inima batând.

F: Acum se pare că avem trac. Nu părem să fim prea liniștiți, prea siguri. Și - vezi tu, o să-ți spun câte ceva despre anxietate - cum se numește ea în psihiatrie, care o consideră o problemă foarte dificilă. De fapt ea nu este nimic altceva decât o stare de trac. Ea nu e prezentă acum, dar o putem „însena”. Dacă te situezi în prezent, dacă te simți în „acum”, tu ești în siguranță. Dacă părăsești prezentul și te situezi în afara lui „acum”, doar pentru o clipă, în viitor, gândindu-te la „atunci”, golul dintre „acum” și „atunci” se umple de mai multă tulburare, neliniște, și experimentezi anxietatea.

S: Deja simt cum îmi bate inima.

F: Imhh, închide ochii și observă-ți acum „experiența bătăii inimii”, intră și consumă această experiență... și încă o dată.

Menține-te atent în corpul tău. Ce simți acum, ce experimentezi?

S: Într-adevăr... întregul meu corp, pe deplin. Simt bătăile inimii, îmi simt respirația.

F: Ahaa... Ce experimentezi chiar acum?

S: Hai să mergem mai departe, să continuăm...

F: Ce te nemulțumește când te simți în prezent, în „acum”?

„Hai să mergem mai departe” înseamnă, din nou, către viitor. Care e obiecția ta față de acum, față de prezent, de a sta aici? Te simți ca și cum te-ai fi blocat, sau nerăbdător, sau plictisit ori altcumva?

S: Simt ca și cum toată șansa mea ar fi cu tine și mai curând aș face cât mai bine acest lucru, decât să-mi risipesc timpul cu anxietatea.

F: Ahaa... deci aș putea să-l așez pe Sam pe scaunul gol și să-i spun: „Sam, aceasta este singura ta șansă. Fă tot ce poți mai bine” (râzând).

S: Ei, tu stai acolo și mă privești de sus... Oare ce gândești despre toate astea?...

F: Să schimbăm locurile. Acum, în funcție de asta, să „scriem scenariul”. Tu vei inventa dialogul dintre doi oponenti. Acesta participă la integrarea fragmentelor care compun personalitatea ta și care de obicei, sunt în opoziție - de exemplu „câinele de rasă” și „câinele maidanez” (Perls introduce aici, în terapie, o altă tehnică, asupra căreia vom reveni în cele ce urmează).

b)- exercițiile de conștientizare afectivă și relațională prin tehnici specifice cum ar fi:

• **tehnica scaunului gol ca suport de dialog** (prin joc de rol cu persoane semnificative din viața pacientului), sau ca suport pentru provocarea dialogului dintre „părțile eului aflate în conflict” (lucrurile cu polaritățile). Tehnica a fost creată de F.Perls, iar o variantă a ei este cunoscută sub numele „top dog-under dog” (lb. engl.) - în traducere „câinele de rasă (de sus) și câinele obișnuit (de maidan, de jos)”. Această variantă angajează un joc de rol prin care clientul comunică cu sine pe diverse teme generatoare de conflict între imaginea de sine ideală și imaginea de sine reală. El poate să-și dezvolte în timpul acestei comunicări o strategie de rezolvare a acestui conflict, de unificare a polarităților.

Tehnica este totodată și un bun instrument diagnostic al perturbarilor și blocajelor comunicării implicate în disfuncționalități ale personalității.

• **tehnica reprezentării spațiului personal** este o tehnică care prin intermediul vizualizării și descrierii „spațiului personal” așa cum este experimentat acum și aici, ajută subiectul să-și conștientizeze imaginea de sine în relațiile cu mediul, probleme legate de contact și de granițele personale, dinamica internă și orientarea spontană a persoanei către trecut sau viitor, către interior sau exterior, sentimentul de confort sau de discomfort pe care îl trăiește în legătură cu propria persoană. Tehnica poate fi folosită și ca o tehnică de restructurare personală, fiind un bun suport pentru rezolvarea unor conflicte existente în trecutul subiectului, prin depășirea polarităților și reproiectarea la nivel mental a unei noi imagini de sine. Ea poate întrerupe cercul vicios al translației anumitor reziduuri relaționale conflictogene, care îl împiedică pe subiect să rezolve în prezent probleme asemănătoare celor cu care s-a confruntat în trecut. Poate fi relevantă și pentru observarea și conștientizarea relației subiectului cu masculinitatea și cu feminitatea.

• **tehnica „zidul”** este o tehnică metaforică provocativă, elaborată și practică de noi, atât în lucrul individual cu pacienții, cât și cu grupuri de optimizare, prin care se pot conștientiza strategiile prin care subiectul se confruntă cu obstacole existențiale. Ea permite autoexplorarea și găsirea de soluții în depășirea limitelor proprii, fiind totodată restructurantă la nivel mental și acțional. Este relevantă și pentru modul în care subiectul poate solicita, aștepta, primi sau respinge ajutorul, în directă corelație cu dependența emoțională versus maturitatea emoțională.

• **tehnica „cubul”** este de asemenea, o tehnică exploratorie pe care noi am introdus-o și o utilizăm cu rezultate interesante, relevantă pentru modul în care persoana face față la izolare, raportul dependență afectivă-autonomie, nevoia de comunicare cu ceilalți, rezistența în situațiile limită. Poate fi un bun suport de restructurare mentală în depășirea propriilor blocaje, precum și a unor tendințe nevrotice de tip anxios, claustrofobic și sociofob.

• **tehnica „menține-te!”** sau **„rămâi în starea respectivă!”** (în lb. engl. „stay with it”). Este o tehnică de dialog care încurajază pacientul să se păstreze în trăirea pe care o experimentează, să se păstreze în ceea ce simte și relatează că simte. Această încurajare îl determină pe pacient să-și adâncească trăirea unui anumit sentiment pentru a și-l clarifica și completa, pentru a putea ulterior să-l depășească, prin propria opțiune, deci pentru a putea prelua controlul asupra stării respective. În exemplul de mai jos este prezentată o secvență de dialog care folosește această tehnică. (după Yontef și Simkin, 1989, p. 342):

P (mimică tristă, pare preocupată): ...

T: De ce anume ești tu conștient în clipa asta? Ce îți vine în minte?

P: Nu mă simt bine.

T: Menține-te în această stare, simte-te așa cum spui...

P: (îi curg lacrimi, apoi se încordează și privește în gol, dusă pe gânduri...)

T: Te văd încordată... La ce te gândești?

P: Nu vreau să stau cu „răul” ăsta în mine.

T: Stai cu ceea ce nu vrei în tine! Pune-ți cuvintele în acord cu ceea ce nu vrei, spune ce anume nu vrei. Spune...

Această intervenție îl va determina pe subiect să-și conștientizeze natura rezistenței. El ar putea spune: „Nu vreau să plâng aici; nu am încredere în tine”, ori „Mi-e rușine”, ori „Nu vreau să admit că mi-e dor de el...”

• **tehnica „scenarizării sau punerea în scenă”** „este o tehnică bazată pe acțiune și verbalizare și se referă la punerea în acțiune chiar a sentimentelor și ideilor incomode, nemărturisibile, reținute sau refuzate conștient în a fi comunicate. Pacientul este încurajat prin formula: „spune-i-o!” să verbalizeze toate acele sentimente și idei la adresa unei persoane sau unui grup pe care de obicei nu îndrăznește sau se abține să le comunice. Se utilizează jocul de rol prin tehnica scaunului gol (ex. „Imaginează-ți că X este chiar acum, aici, în fața ta, pe acest scaun. Spune-i tot ceea ce nu reușești să-i spui de obicei, sau ceea ce ai fi vrut să-i spui atunci și nu ai putut. Fă-o acum, spune-i tot... spune-i ce simți, ce gândești...”). O altă modalitate constă în a-i cere pacientului să exprime

cuvinte pe potrivă, ceea ce simte, ceea ce trăiește. De pildă, cuiva care plânge pe înfundate, i se poate cere să-și „pună plânsul” în cuvinte, să îl exprime prin vorbe, adică să verbalizeze o stare emoțională greu traductibilă sau o manifestare nonverbală. Se creează astfel o unificare între maniera verbală și nonverbală, o continuitate și o consonanță, care pot servi în munca de conștientizare și de autocontrol în mod iminent. Terapeutul gestaltist „repară circuitele scurtcircuitate”, în comunicarea cu sine a persoanei, oferindu-i șansa de a se descoperi pe ea însăși și cu manifestările considerate de „fațadă”, și cu cele de „culise”. **Scenarizarea sau punerea în acțiune este folosită ca un mod de a crește conștientizarea și nu ca un mijloc de catharzis.** Deși exprimarea sentimentelor a fost asimilată mai curând unei detensionări benefice, eliberatoare, cathartice, (în abordarea psihanalitică), terapeutii gestaliști preferă să o folosească în scop de clarificare și de autoînțelegere, autoacceptare, dându-i un sens **transformativ la nivelul mentalului.** Ei activează și reconstruiesc **mecanisme psihologice** de suport care să conducă la o restructurare atât în plan afectiv, cât și cognitiv și comportamental. Pentru aceasta este nevoie de integrarea tuturor acestor procese prin modalități adecvate, care să conștientizeze și să conecteze toate aceste procese simultan. Numai astfel se pot produce schimbări în persoană, numai astfel, ciclul gestaltului se poate relua în sens evolutiv.

O altă formă de punere în „scenă” a trăirilor și gândurilor persoanei este **tehnica exagerării sau amplificării.** I se cere subiectului să exagereze anumite sentimente, idei sau mișcări pentru a spori efectul de dramatizare, de exprimare subliniată intențional, tocmai pentru a putea deveni mai conștient de conținutul acestora, pentru a simți mai intens scene fantazate sau retrăite, reactivate. În cadrul experienței noastre cu grupuri terapeutice, noi utilizăm o tehnică indirectă, metaforică, pe care am denumit-o „amplificatorul de sentimente” sau „microscopul interior”. Aceste elemente-suport sunt oferite sub forma unui „dar” pacientului care lucrează cu sine, fie de către terapeut, fie de către grup, ori de câte ori

pacientul are nevoie să fie sprijinit în a-și crește capacitatea de conștientizare și de exprimare prin acționare directă. Primind darul simbolic respectiv, el îl va folosi sau îl va dăruia altcuiva care are nevoie de el, ori îl va arunca, distruge, etc, în acest ultim caz, conștientizând natura rezistenței pe care o manifestă în munca de conștientizare. **Utilizarea darului simbolic** devine declanșatoare pentru punerea în acțiune a unor atitudini, reacții, sentimente, prin intermediul amplificării vocii, tonului, mimicii și posturii, mișcării corporale proprii sau a personajului jucat, cu care dialoghează imaginar (fie prin tehnica scaunului gol, fie prin tehnica metapозиțiilor). Unui pacient care avea dificultăți în a-și verbaliza emoțiile, păstrând un ton plat, neconvingător și inexpressiv în relațiile cu alții, tehnica „dăruirii unui amplificator de sunet” i-a conștientizat efectul pe care îl inducea altora de a nu fi remarcat și chiar ignorat, ceea ce crea o frustrație permanentă pacientului, blocându-l retroactiv în inițiativa de a se exprima, impune și de „a se face auzit” într-un grup. În terapia formativă a viitorilor terapeuți gestaliști, tehnica exagerării este de asemenea utilă, pentru sporirea expresivității verbal-kinestezice, a spontaneității și creativității, a siguranței de sine, necesare în practicarea acestui sistem terapeutic. Mișcarea, sunetul, poetizarea sau expresia grafică pot fi utilizate cu succes ca suport de conștientizare pe de o parte, și ca mijloc restructurant, creativ pe de altă parte.

În cadrul unei alte ședințe individuale, o pacientă ne realata în cuvinte puține și neutrale despre **relația cu tatăl sau.** Am rugat-o atunci să-i descrie firea și să-mi arate cum se mișcă el, cum stă de obicei, cum o privește... Pe măsură ce pacienta a adoptat postura și manifestările tatălui său prin simulare, încurajată fiind să exagereze modul lui de a se raporta la ea, brusc, în câmpul ei de conștientizare au revenit sentimente intense de ostilitate și neîncredere la adresa lui, amintiri legate de modul în care acesta obișnuia să o minimizeze și descurajeze în tot ceea ce făcea, negratificând-o emoțional pe măsura așteptărilor. Frustrația și imaginea de sine negativă au putut fi dezvoltate prin această tehnică simplă, iar

munca de conștientizare a putut fi ghidată corespunzător, rezistența diluându-se de la sine.

c) **Exerciții de conștientizare cu suport imaginativ și de restructurare cognitivă.** O mare diversitate de tehnici și jocuri experiențiale au fost create pentru a produce restructurări benefice în planul înțelegerii și evaluării de sine, a modificării imaginii proprii și a modului de evaluare a raporturilor cu alții, în scopul integrării cu sine și cu mediul. Multe dintre tehnicile utilizate și în alte metodologii psihoterapeutice moderne, cum ar fi programarea neuro-lingvistică și samatoanaliza, au împrumutat sau au îmbogățit arsenalul tehnic al gestalt-terapiei, diversificându-l, dar preluând esențialul: **spiritul de lucru fenomenologic** și **ideea de restructurare.** Prezentăm în continuare câteva dintre posibilitățile tehnice de integrare și restructurare, unele bazate pe suport imaginativ și reprezentare vizuală (vizualizare) altele folosind suport kinestezic-postural ori schimbarea raportului figură-fond, prin conștientizarea unor noi semnificații.

• **Tehnica fanteziei ghidate** (sau a ghidării imaginației). Poate fi utilizată în situațiile în care unii pacienți își creează și întrețin anxietăți, neputințe sau evaluări eronate, ca urmare a unei procesări secvențiale, scotomizate a unor evenimente cu mare încărcătură emoțională. Ei nu sunt conștienți de modul în care își autoinduc unele comportamente ineficiente sau greșite, fiind de fapt autorii sau programatorii inconștienți ai acestora, pe baza unor judecăți și evaluări pripite sau care le scapă de sub controlul conștient, ori pur și simplu pe care le emit din inerție sau stereotipie cultural-educatională. Tehnica fanteziei ghidate poate **reconstitui, focalizând pe detalii semnificative,** cursul evenimentelor experimentate de subiect, reintegrându-le prin descoperirea înțeleșului adevărat care le explică sau poate crea o imagine acceptată a sinelui sau a cuiva, ca suport pentru integrarea unei părți respinse a eului. De exemplu, un pacient care suferă de sentimente de jenă senzitivă și autorespingere, poate vizualiza imaginea mamei care îl acceptă necondiționat, și să parcurgă un dialog imaginar cu această imagine vizualizată (ca substitut de suport afectiv pozitiv) pentru a



exersa în imaginar un alt tip de comportament. Restructurarea se produce aici mai întâi la nivel mental, asemănător modului în care un arhitect, mai întâi proiectează o casă, pe planșetă, înainte ca ea să fie construită, adică să devină reală. Lucrul la nivel mental, imaginativ este însă simultan și o experiență afectivă, care însoțește noul „proiect” mental, antrenând o restructurare emoțională pozitivă constând într-o mai bună autoacceptare. Aceasta îi va permite subiectului să completeze un gestalt experiențial ulterior, parcurgând un alt tip de contact relațional, transferabil, de data aceasta în experiențele actuale de relație. Subiectul poate asimila și o experiență mentală dacă are o valoare pozitivă, chiar dacă la origine, ea nu are corespondent în realitatea fenomenologică a existenței sale. De aceea, experiențele bazate pe gândire pozitivă însoțite de vizualizări imaginative sugestive, „hrănitoare din punct de vedere emoțional”, pot conduce la restructurări terapeutice și la dezvoltare personală.

Prezentăm în continuare o secvență de dialog bazat pe tehnica reconstituirii imaginative ghidate, (dupa Simkin) utilizată în cazul unui pacient care reușește să conștientizeze propria sa contribuție într-un eșec sexual anodin, pe care însa îl problematizează anxios:

«P: Noaptea trecută eram cu prietena mea. Nu știu cum s-a întâmplat și de ce, dar n-am putut intra în erecție (și continua să detalieze sentimentele de îngrijorare, lamentațiile etc.).

T: Închide ochii. Imaginează-ți că acum este noaptea aceea și că te afli cu prietena ta. Spune cu voce tare tot ce simți în fiecare moment.

P: Sunt așezat pe canapea, iubita mea stă lângă mine și devin excitat. Cu toate astea sunt moale (nu intru în erecție).

T: Hai să reluăm „filmul” cu o mișcare lentă, cu mult mai multe detalii... Fii atent la fiecare impresie, senzație sau gând pe care îl încerci.

P: Deci, stau lungit pe canapea. Ea vine și se așază lângă mine. Îmi mângâie ceafa. Este așa de cald și de plăcut. Sunt pe cale să mă trezesc - știi tu, puternic. Ea mă strânge de braț și îmi place (pauză, privire speriată, tresărind).

Atunci m-am gândit că am avut o zi atât de tensionată încât aș putea să nu fiu capabil s-o fac...».

• **Tehnici de diminuare și integrare.** Foarte frecvent persoanele sunt constrânse de granițele modurilor obișnuite de a gândi, așa încât, în câmpul conștiinței lor nu încap nici o alternativă posibilă. Sunt implicate aici mecanisme de reprimare și negare, ca și învățarea, imitația, modelele culturale. Pentru a diminua sau neutraliza acest efect de ancorare în patternuri rigide, pacientul este pus să-și imagineze opusul a ceea ce afirmă, sau consideră a fi adevărat și să conștientizeze un anumit eveniment sau relație din această nouă perspectivă. Efortul imaginativ îi poate revela și aspecte și semnificații noi, în raport cu care el se deshide și reexperimentează situația. Un **exercițiu de reconversie gestaltistă**, conceput de noi, constă în a propune pacientului să reconsidere un obiect, o situație, o relație sau propria imagine negativă, autorespinsă, din perspectiva a cel puțin trei calități, avantaje sau beneficii, după ce a precizat toate elementele reprobabile, respinse sau negative ale respectivului obiect, situație, relație, etc. Tehnicile de integrare aduc împreună acele procese pe care pacientul le ține activ separate, față de o aceeași persoană. O astfel de tehnică solicită pacientului să exprime sentimente pozitive și negative în legătură cu o aceeași persoană, sau să exprime verbal stări negative inexprimabile, cum ar fi tensiunea internă, frica, plânsul. O altă tehnică interesantă (utilizată și în analiza bioenergetică a lui A. Lowen, constă în a-l ruga pe pacient, ca atunci când relatează despre o anumită emoție, negativă sau pozitivă, s-o **localizeze în corp și să lucreze asupra ei**. În experiența noastră clinică, am folosit această tehnică frecvent cu pacienți nevrotici care aveau dificultăți de exprimare a sentimentelor și care utilizau limbajul corporal simbolic, exprimând la nivel somatic conflicte nemărturisite, negate, reprimare sau pur și simplu blocate. Un pacient depresiv care acuza „o apăsare, ca o greutate, ca o piatră de moară” localizată în zona stomacului, ori de câte ori relata eșecurile sale profesionale puse în legătură cu prezența unui șef tiran și nerecunoscător („de câte ori

îmi aduc aminte de el simt o piatră de moară în stomac”), i-am ghidat munca de conștientizare printr-un **exercițiu de focalizare transformativă**. L-am rugat pe pacient să-și concentreze întreaga atenție și simțire asupra „pietrei de moară din stomac”, s-o descrie și să relateze tot ceea ce simte în legătură cu prezența ei în interiorul său. El a conștientizat că îl apasă sentimentul suprasensibilității (redat simbolic prin greutatea mare a pietrei, prin apăsare) și teamă că se așteaptă de la el mai mult decât poate face. Această teamă era pusă în legătură cu o scăzută imagine de sine și cu un acut sentiment de autorespingere. Din acest motiv, avea convingeri secrete și jenante de autoinsuficiență și de incapacitate. Pe de altă parte teama de a nu-și pierde prestigiul în fața familiei (era căsătorit și avea doi copii) îl determină să supraliciteze în sarcinile pe care le prelua asupra sa, la serviciu, atât ca să-și întărească imaginea de sine deficitară, cât și să-și reducă nesiguranța cronică în care se zbătea. Aceasta îl predispunea la suprasolicitare și erori, ceea ce atrăgea reproșuri din partea șefilor săi. Deși „el muncea cel mai mult, era cel mai puțin recompensat”. În cadrul exercițiului transformativ la nivel imagistic, mental, am folosit, în maniera de mai jos, vizualizarea unui proces treptat de reducere a dimensiunilor pietrei simbolice, până la dispariția și eliminarea ei din spațiul interior al subiectului, operațiune pe care el însuși a conceput-o, „scenarizat-o” și experimentat-o în imaginar (secvența din ședința psihoterapeutică cu A.D., 42 ani, inginer, iunie, 1992, I. Mitrofan):

«T: Ce simți în legătură cu „piatra asta de moară”?

P: Simt că e împovărătoare și că mă macină în stomac!

T: Ce simți nevoia să faci cu ea? Ce-ți vine în minte?

P: Dacă ar fi mai mică și mai puțin dură mi-ar fi mai bine...

T: Fă-o mai mică și mai puțin dură... Vezi, ce simți acum?

P: Simt că e mai rotunjită, mai suportabilă, dar tot îi simt greutatea...

T: Urmărește-i conturul și vezi ce simți...

P: E destul de alunecoasă acum, destul de lucioasă, dar e rece și dură...

T: Ce-ți vine să faci?

P: Simt nevoia să o încălzesc, poate că așa devine mai ușor de suportat...

T: (privire semnificativă și încurajare non-verbală)

P: Acum am încălzit-o și dacă voi continua va deveni sfărâmicioasă, se sparge...

T: Fă-o ! Ce simți acum?

P: E mult mai bine, am scăpat de greutate, dar încă mă stânjenesc bucatelele rămase...

T: Ce poți face, ce simți nevoia?

P: O să le fac din ce în ce mai mici... o să le topesc, da... e mult mai bine și mi s-a încălzit toată zona.

T: Fixează-ți atenția asupra acestei călduri. Ce simți? Ce-ți trece prin minte?

P: E foarte plăcută, domoală, dar constantă (și apasă mâna dreaptă pe zona încălzită (Uite, chiar aici, simt cald și ceva ușor, ca o adiere într-o zonă liberă).

T: Fii conștient de această stare și menține-te în ea, rămâi în ea...

P: Mi s-a destins toată zona. Mă simt tot cald, respir mai ușor. Ce s-a întâmplat oare?

T: Tu ce crezi că s-a întâmplat?

P: Cred că am scapat de o povară...

T: Și cum ai scăpat de povară?

P: Păi am eliminat-o chiar eu însumi. N-am știut până acum că pot face asta și că mă pot simți așa. Deci, eu însumi pot face asta (zâmbeste surprins).

T: Fără îndoială, oricând!... (zâmbesc liniștit și suportiv, fără exagerare sau surpriză)

Pacientul a devenit conștient în urma practicii acestei tehnici că este capabil să opteze pentru o soluție proprie în ceea ce îl privește, s-o aplice și să se autoregleze, în acest fel, regăsindu-și un mai bun control pe sentimentele și opțiunile sale. El a învățat să discrimineze și evalueze în deplină cunoștință de cauză autoimplicarea sa ca manifestare responsabilă în ceea ce îl privește. Suportul metaforic a permis lucrul simultan corporal și emoțional dar a condus și la conștientizarea resurselor proprii în a face față problemei, în găsirea unei strategii rezolutive personale, experimentate la nivel imagistic și psihofiziologic, pe fondul extinderii conștientizării și autoimplicării libere, spontane în procesul autotransformativ. Construită la nivel mental ca proiect și experimentată în

realitatea corporală percepută (punere în acțiune), strategia creativă de autoreglare a devenit o achiziție experiențială, în baza căreia subiectul și-a deblocat și reorientat ulterior, posibilitățile, opțiunile și comportamentul. Treptat, în cadrul procesului terapeutic, imaginea de sine s-a îmbunătățit și pacientul a învățat să-și dozeze eforturile, astfel încât să nu mai intre în conflict nici cu sine, și cu atât mai puțin cu ceilalți. Timia depresivă a fost reechilibrată, iar spiritul de inițiativă distructiv temperat. Consecutiv, pe fondul unei autoacceptări și încrederi sporite în sine, pacientul și-a integrat polaritățile și și-a menținut o stare de eficiență în limitele normalului.

• **Tehnica metapozițiilor** este o tehnică derivată din tehnica scaunului gol, și este utilizată în scopul **restructurării setului cognitiv în lucrul cu polaritățile**. Pacientul este antrenat într-un proces de autoconștientizare a naturii conflictului dintre polaritățile sale (fie cu sine, fie cu altă persoană) și de autodescoperire a strategiei de integrare a polarităților, adică de rezolvare a conflictului. El câștigă treptat distanță și obiectivitate în înțelegerea și rezolvarea problemei, prin experimentarea succesivă a rolurilor altor persoane, mai întâi al celei cu care se află în conflict direct, apoi al celui care asistă la conflictul și rezolvarea primilor doi (intervenind sau doar evaluând și dialogând după caz cu primii doi), apoi experimentează poziția celui de-al patrulea personaj, care evaluează modul în care al treilea a intervenit și i-a evaluat pe primii doi, și așa mai departe, dacă este cazul. În general, experimentarea empatică și evaluarea din perspectiva fiecărei metapoziții, permite grade progresive de obiectivitate în conștientizare prin câștigarea stării de „mar-tor” al propriilor manifestări, gânduri și emoții, ceea ce permite descoperirea unor noi puncte de vedere, a unei succesiuni de gestalturi integratoare și unificatoare pentru multiplele fațete ale eu-lui. Persoana devine conștientă că ea „conține realmente toate explicațiile și posibilitățile de acțiune și evaluare cu privire la sine, că este suficient de bogată în a-și găsi resurse rezolutive și de clarificare la diverse niveluri ale autocunoașterii. Tehnica metapozițiilor este o cheie psihologică minunată oferită clientului pentru a lucra eficient

asupra sieși cu mijloace proprii, autentice, ceea ce îi conferă un plus de participare spontană, de autonomie și produce efectiv efectul de „creștere” psihologică. Persoana ajunge astfel nu numai să se apropie mai mult de sine ci și să se descopere într-o lumină pe care nu și-o întrezărea, procesul fiind perceput ca o cale de a deveni mai înțelept, mai echilibrat și mai împăcat cu sine, mai liniștit în fața provocărilor vieții și mai deschis la autotransformare creativă. Pentru orientarea celor interesați în a lucra cu tehnica metapozițiilor, redăm un ghid succint de desfășurare a tehnicii:

**Poziția 1** Pacientul este așezat pe un scaun, având în fața lui un scaun gol. El va fi denumit A, iar pe scaunul gol îl va întruhipa pe B.

**T:** Gândește-te la o persoană (sau la o parte din tine) care te necăjește, pe care ești supărat. Vom denumi această persoană sau parte a eu-lui tău B, iar tu, cel de pe acest scaun pe care ești așezat, vei fi A. Spune-i te rog, lui B tot ceea ce simți, gândești în legătură cu el sau simți nevoia să-i spui sau să-i faci lui.

A lucrează verbal (I se adresează lui B).

### Poziția 2

**T:** Acum schimbă locul cu B și fii B!! Spune-i lui A ceea ce simți, gândești sau simți nevoia să-i comunicii lui, din punctul tău de vedere (nu uita, acum ești B).

**B (alias A):** lucrează verbal, adresându-i-se lui A.

Dialogul între A și B continuă până când cele două părți ajung să negocieze sau se blochează mutual. Și într-un caz, și în celălalt, se introduce poziția 3. (C)

### Poziția 3

**T:** Acum ești alcineva, o a treia persoană C, care vă ascultă și vă privește în timp ce voi doi - A și B dialogați. Spune ce simți, ce gândești în legătură cu fiecare dintre ei și cu relația lor și de ce. Dacă simți nevoia, comunica-le ceea ce consideri sau vrei să le comunicii, ori ceea ce simți în legătură cu ei.

Dialogul între C și cuplul A-B continua, până când părțile ajung la o clarificare și armonizare mutuală. În cazul în care disensiunile se accentuează, se revine în pozițiile anterioare pentru renegociere, reluându-se ulterior postura C.

### Poziția 4

**T:** Acum ești o a patra persoană, care îl ascultă și îl privește pe C în timp ce îi analizează și evaluează pe A și B, intrând în dialog cu ei. Acum ești D. Spune ce gândești tu despre C, despre cum a procedat el cu A și cu B. Dacă simți nevoia, poți intra în dialog cu C.

Persoana lucrează în noua poziție, de evaluator al evaluatorului și este de remarcat nivelul superior de integrare a experienței în planul cunoașterii de sine și al emiterii de soluții. Cu cât înaintează în piramida metapozițiilor, cu atât subiectul câștigă în extinderea conștientizării, în completitudinea înțelegerii, în echilibrul și creativitatea soluțiilor.

• **Tehnica autodezvăluirii terapeutului.** În terapia gestaltistă, spre deosebire de alte terapii, terapeutul este încurajat să emită unele afirmații despre sine, dar care trebuie făcute cu discriminare și judicios. Aceste afirmații pot favoriza focalizarea conștientizării, precum și contactul terapeutic. Nu trebuie să se confunde autodezvăluirea terapeutului cu exprimarea confesivă sau cu presiunea pe care propriile valori, credințe și convingeri ar putea s-o exercite asupra clientului. Asemenea dezvăluiri sunt antiterapeutice. Terapeutul nu se transformă nici în prieten, nici în mentor, nici în părinte și nici în dădăcă a pacientului; el poate să-și dezvăluie din eul său de adult doar acele experiențe facilitatoare și catalizatoare pentru munca de conștientizare a clientului, ceea ce reclamă o **considerabilă responsabilitate, deprindere tehnică, înțelepciune personală și autoconștientizare**. Terapeutul poate împărtăși ceea ce vede, aude, miroase, într-un cuvânt, ceea ce simte, dezvăluind cât de mult este afectat, mai ales în situațiile în care pacienții nu descoperă un anume tip de informație semnificativă în mod spontan.

## 6. Rezultatele unui model recuperator neconvențional, bazat pe analiza bioenergetică și gestalt-terapie în cazurile cu torticolis de etiologie și expresie psihogenă

Oscilând între tulburare neurologică și pseudoneurologică, asimilabil adesea nevrozelor

motorii sau tulburărilor converșive cu simptom motor sau deficit (D.S.M. IV, cod 300.11, American Psychiatric Association. 1994, p. 221), atât prin complexul etiologic psihogen, cât și prin absența substratului organic decelabil - torticolisul spasmodic ridică semnificative și dificile probleme de evaluare și recuperare, având în vedere slaba responsivitate în tratamentul farmacologic, fizio și chinetoterapeutic, în sensul recidivelor sau slăbelor ameliorări.

Pornind de la această realitate, abordarea noastră este neconvențională și reflectă principiile psihoterapiei holiste și reconstructive, de orientare gestaltistă. Ea își propune să dinamizeze creativ și să restructureze resursele psihofiziologice și postural-kinestezice ale personalității pacientului, într-o tentativă de restructurare a gestaltului funcțional. Tulburarea psihogenă care se revelează sub forma dramaticului și spectaculosului torticolis (fie în varianta spasmului de torsiune, fie în cea hipotonă - rigidizarea gâtului orientat antero-lateral) constituie un eveniment clinic rar, dar cu marcat potențial invalidant.

Pendulând între cabinetul de neurologie - cu sau, de cele mai multe ori, fără indicație operatorie, și cabinetul de psihiatrie, după ce a parcurs inevitabil tratamente farmacologice paleative și fizioterapie, fără ameliorări semnificative sau stabile, după ce și-a investit speranțele în acupunctură sau în masajul bioenergetic miraculos al vreunui dintre vindecătorii la modă, bolnavul cu torticolis ajunge întâmplător și la ușa cabinetului de psihoterapie. La capătul unui drum sinuos de cca. 1-2 ani de la debut și chiar 4-5 ani de evoluție, acest bolnav aflat în căutarea vindecării, lipsit de speranță, demisiv, cu atitudini sociofobe și depresat - se confruntă cu alternativa pensionării de invaliditate.

Ceea ce la început părea doar o incomodă contractură a gâtului, devine treptat o adevărată „teroare psiho-corporală” - un simptom rezistent și invalidant, pentru că el se complică și se structurează postural și mental. Torticolisul conduce la un veritabil deficit de deplasare, coordonare și integrare socială. Bolnavul se deplasează cu mare dificultate, coloana vertebrală („axul vieții”) comportă prefaceri de mecanică și implicit, funcționale: el nu mai are siguranța deplasării pe direcția autopropusă, apar tulburări de echilibru și senzația de „mers



deviat". Obosit, bolnavul își simte umerii și ceafa crispați ca într-o „carcasă”, mușchii sternocleidomastoidieni prezintă contracturi penibile, dureroase și sunt percepuți ca pe „niște coarde prea scurte sau rigide”, capul alunecă involuntar, se torsionează spastic în poziții dintre cele mai spectaculoase.

Situația este trăită dramatic și jenant de către bolnav. Ritmul respirator este perturbat, dispneea însoțește orice efort minimal, și uneori, chiar simpla conversație.

Bolnavul de torticolis, a cărui organicitate este infirmată total sau parțial de neurolog și al cărui caracter nevrotic este confirmat de psihiatru - devine repede un invalid pentru că tendința la cronicizare și fixare este importantă în această afecțiune. Anxietatea și depresia uneori preced, dar aproape întotdeauna însoțesc simptomul de bază, dezvoltându-se insidios, cu tendință la integrări antropofobe și claustrare la domiciliu, consecutivă.

### 6.1. Cine și cum este bolnavul de torticolis psihogen? Profilul personalității.

Personalitatea premorbidă a pacientului de torticolis, așa cum se dezvoltă ea prin analiza efectuată de-a lungul a 15 ani pe o cazuistică incluzând 25 de cazuri selectate și tratate în psihoterapie (v. I. Mitrofan, 1995, p. 137-143) circumscrie următoarele aspecte:

- Fondul structural: introversie, anxietate bazală, scrupulozitate și pedanterie, sentimente de autoinsuficiență, spirit critic excesiv, cu efort de autoreprimare, super-ego de tip „sadice”.

- În planul manifestărilor conștiente: crispări și rigiditate ideativă, afectivă și posturală, condiționate educațional, hiperexactitate, senzitivism relațional reprimat, sentimente de jenă și inadecvare, discomfort psihic, autopunițiune, tendință la ruminări obsesive pe nucleu complexual de inferioritate. În copilărie - tată hiperautoritar, rigid, mamă rejectivă, rece; conjunctura generatoare de complexe de autoritate și castratie. Dificultăți de decizie, insecuritate după luarea oricărei decizii cu grad crescut de responsabilitate. Trăiri de panică în situații de pericol iminent, în special în cazul femeilor.

- În planul mecanismelor profunde, inconștiente: dificultăți de integrare a schemei corporale,

având drept consecință slaba conștientizare a acesteia prin mecanism de autonegare; tendință la rejecția propriului corp cu proiecție senzitivă în anturaj și eventual în partenerul sexual, conjugal. Dificultăți în acceptarea identității psihosexuale, cu reflexe negative în asumarea și exercitarea rolului sexual în general. Complexe de masculinitate/feminitate, anxietate, tulburări de dinamică sexuală la bărbați și frigiditate la femei, decepții erotice la ambele sexe, corelate subiectiv cu perioade de surmenaj sau suprasolicitare.

Toate acestea susțin ideea că instalarea bolii angajază, pe fondul unei personalități fragile, cu o istorie de viață similară în anumite secvențe importante - mecanisme converșive dintre cele mai sofisticate, cu proiecție în sfera funcționalității și a expresivității corporale, cu tendință la fixare. „Metafora corporală” simptomatologică traduce fidel și rezonant interiorul ideo-afectiv și atitudinile fundamentale față de sine și față de ceilalți. Căci ce altceva poate exprima simbolic spasmul de torsione decât evitarea de sine sau a altora, fuga de sine și de alții, într-un efort inconștient de autoapărare patologică, dintr-un impuls primar de evadare din „capcana inconfortabilă a propriei ființe” corodate cronic de un profund sentiment de inadecvare?!

Asistând la „spectacolul” propriei corporalități scăpate de sub control voluntar, pacienții dezvoltă consecutiv tendințe antropofobe, deși, compensator, ego-ul se exacerbează, orgoliul excesiv și jena de a se expune se combină, toleranța la frustrație scade, deși nevoia de recunoștere și susținere crește, cel puțin în familie. Totul conduce inevitabil, spre o supra-tensiune psihică tradusă morfo-funcțional.

### 6.2. Simptomul-țintă din perspectiva obiectivelor și modelului terapeutic aplicat

**Simptomul-țintă:** Torticolisul este abordat ca modalitate deturnată de „rezolvare patologică” a conflictelor intrapsihice multiple și de blocare a fluxului energetic la nivelul zonei cervico-humerale.

Obiectivele psihoterapiei decurg din necesitățile de reechilibrare a raporturilor cognitive-emoționale ale insului cu sine și apoi, cu ceilalți, și în primul rând, din cele de acceptare

și evaluare corectă a identității sale psihocorporale, precum și de creștere a autoreglajului voluntar. Această presupune o conștientizare și o înțelegere a semnificațiilor manifestărilor corporale simptomatologice, precum și o mobilizare a resurselor energetice de autoreglare în sensul depășirii impasului și creerii unui nou gestalt funcțional optim.

Lucrul cu corpul este o modalitate terapeutică integrată unui proces analitic și este extrem de apreciată actualmente de numeroși specialiști din domeniu. Este cunoscută sub numele de „analiză bioenergetică”, fiind dezvoltată conceptual în 1953 de către Wilhelm Reich (cel care i-a fost analist lui Perls) și structurată terapeutic de elevul acestuia - Alexander Lowen (1958, 1972, 1975, 1984). Tehnica terapiei bioenergetice se bazează pe ideea corespondențelor dintre idee, emoție și mișcare, așa încât resursele energetice de care dispune omul să poată fi reactivate și redirecționate terapeutic. Calea sau vehiculul prin intermediul căruia pot fi modificate procesele energetice o constituie respirația și mișcarea, asociate conștient, într-un pattern armonios, sinergic, adaptativ. Din acest punct de vedere, gestalt-terapia se întâlnește și completează benefic cu analiza bioenergetică, ele putând fi asociate în cadrul unei abordări terapeutice holiste.

Tehnicile active, sub forma exercițiilor corporale și respiratorii sunt de natură să activeze sentimentele blocate și să le repolarizeze pozitiv. Legătura existentă între emoțiile reprimite, respirație și mișcarea spontană, este cheia înțelegerii simptomelor corporale ca „traductori” ai stărilor mental-emoționale experimentate de subiect. Oamenii învață de timpuriu, că sentimentele dureroase sau amenințătoare pot fi suportate mai bine prin reținerea respirației (reflex de autoapărare care le reduce intensitatea și uneori, le suprimă), ca și prin blocarea mișcării spontane - manifestată prin tensiuni sau rigidități musculare. Lowen consideră că fiecare mușchi tensionat cronic reflectă un conflict interior între impuls sau sentiment și exprimarea acestora. De exemplu, o mandibulă încheștată poate semnifica strădania subiectului de a-și ascunde, masca sau reține impulsul de a „mușca” (concordant cu orientarea agresivă a acestuia față de cineva sau ceva), dar persoana

nu va conștientiza semnificația acestui impuls, deoarece inhibiția mișcării spontane, blochează percepția sentimentului. În același mod, un gât rigid, înțepenit, poate ascunde impulsurile de a plânge sau de a țipa (supărarea și mânia sunt astfel reprimite), iar un gât spastic, fără etiologie organică poate „traduce” teama sau nevoia de evitare, negare a ceva sau a cuiva. În aceeași ordine de idei, umerii tensionați exprimă impulsurile reținute de a lovi sau de a lua ceva, etc. Toate aceste tensiuni musculare cu mecanism inconștient acționează, de asemenea și pentru a reduce respirația - corelată direct cu nivelul negativ al emoționalității. Un gât „rigid” contribuie la reducerea cantității de aer care intră și iese din plămâni, după cum un abdomen „rigid” limitează profunzimea respirației, deși, în același timp, reduce emoțiile negative. Astfel, expresii ca „a râde din rărunchi” acoperă o realitate psihofiziologică, aceste manifestări fiind imposibile în stările de crispări mental-musculară, specifice și bolnavului de torticolis.

Tensiunea musculară cronică imobilizează corpul care „se mortifică” treptat, traducând contractura ideo-afectivă dureroasă, iar aceasta produce, în continuare, recurent, tensiune musculară (ca fenomen de „autoprotecție patologică”). O persoană rigidă mental este și rigidă corporal, iar rigiditatea corporală mortifică emoționalitatea. În terapia bioenergetică, pacientul experimentează și conștientizează, „aici și acum”, rigiditatea ca „mortificare” personală și relaxarea, mișcarea și respirația, ca posibilități autocreative, de reconfigurare a complexului mental-corporal. Aceasta necesită, pe lângă exercițiile propriu-zise și analiza sentimentelor și integrarea polarității lor printr-un dialog gestaltist, bazat pe întrebările de bază: „ce simți? ”; „ce trăiești?”, „ce experimentezi, acum și aici? ”. Scopul declarat al acestui dialog este de a-l ajuta pe client să conștientizeze chiar modul în care poate conștientiza, pentru ca apoi să se poată autodepăși, dezvoltă, operând cu resursele energetice și creative ale întregului organism.

Din motivele conceptuale dezvoltate mai sus și raportat la obiectivele recuperatorii pe care ni le-am propus, am optat pentru un model psihoterapeutic neconvențional, bazat pe tehnicile asociate ale gestalt-terapiei și analizei

bioenergetice, cu integrarea unor procedee de inspirație orientală (preluate din Yoga și Qi Gong), premisele de la care am pornit, postulează ideea că simptomul-țintă cu tot cortegiul său de dificultăți diskinetice și afective devine „un limbaj corporal” cu dramatică expresivitate, traducând „mesajul” personalității în dificultate. Acest mesaj se referă la:

- negarea surselor de conflict intră și interpsihic, prin reprimarea mâinii cu expresie corporală în spasmul de torsiune sau în rigidizarea gâtului cu orientarea capului antero-lateral. Cu alte cuvinte, pacientul se opune, își exprimă dezacordul printr-un NU corporal, refuză sau evită ceva cu valoare psihotraumatizantă;

- frica de propria identitate psihosomatică și de modul în care este perceput și evaluat de către alții. Acesta este nucleul complexului senzitiv de inferioritate, frica de rejecție, tradusă simbolic prin postură încordată, involuntar rigidă, supracontrolată gestual, în atitudine de apărare. Pacientul se comportă de parcă s-ar aștepta să fie agresat. El are o atitudine corporală de fugă din fața unui pericol imaginar (când gâtul este antrenat în spasmul de torsiune) - fie o atitudine de împietrire, de imobilitate, de rezistență pasivă în fața aceluiași pericol iminent, în formă hipotonă, cu rigidizarea gâtului și înclinarea sa spre partea stângă sau dreaptă. Această lateralitate nu este nici ea întâmplătoare. De cele mai multe ori, am observat că ea este declanșată și fixată ca deprindere posturală de către un stimul sau o situație psihotraumatizantă de care bolnavul „s-a ferit”, prin înclinarea capului, spontan, în partea opusă acțiunii stimulului implicat. Modelul mișcării inițiale asociate puternicei tensiuni emoționale negative, din istoria de viață particulară a pacientului are tendința la a se relua **circular și fixa ca deprindere posturală patologică**. De exemplu, în cazul unui pacient, am reconstituit prin tehnica focalizării prin imaginare ghidată scenariul unei situații de pericol iminent, la care asistasă în momentul producerii pentru prima dată a spasmului de torsiune (subiectul asistasă la iminența accidentării unui copil, într-o intersecție, de către un vehicul care se apropia în viteză, dinspre partea stângă a subiectului și pe care nu putuse să-l împiedice, fiind „țintuit locului” din cauza

fricii). Gestul lui spontan care a însoțit tensiunea negativă deosebită a fost de a-și orienta capul spre dreapta, gest involuntar, pe care l-a repetat ulterior, din ce în ce mai frecvent, în special în situațiile de stress, griji, luarea unor decizii cu risc și responsabilitate. Pacientul trăia într-o situație de conflict intern, pe fondul căreia se declanșase o crescută susceptibilitate în a se simți agresat și punit moral.

O pacientă care prezenta din mica ei copilărie o zonă cu alopecie (chelie), situată în dreptul lobului temporal drept, se obișnuise, pentru a-și masca defectul să-și încline ușor capul antero-lateral, spre dreapta, așa încât să-i ofere interlocutorului doar imaginea sa acceptabilă. Torticolisul s-a declanșat însă prin întărirea sentimentului de autorepingere pe care l-a trăit și reprimat, în contextul unui mariaj încărcat de violențe. Soțul său, sub influența alcoolului, o agresa frecvent, palmuindu-i de preferință chiar obrazul stâng, mai expus bății, prin poziția defectuoasă a pacientei. Palmuirea, antrena însă și mișcarea de rotație involuntară a capului, care continua să se miște spasmodic și după încetarea agresiunii. Fixarea gestului s-a produs prin reprimarea plânsului și țipetelor, în efortul conștient al pacientei de a nu fi auzită de vecini și respinsă afectiv de aceștia. Sentimentul de jenă se amplifică astfel pe fondul temerii de respingere, iar tensiunea emoțională perturbă controlul voluntar al mișcărilor capului și se convertesc simbolic în spasmul involuntar de torsiune.

### 6.3. Desfășurarea procesului terapeutic

Decodificarea „mesajului” patologic și a împrejurărilor care l-au exacerbat și fixat în simptom, prin intermediul etapei de conștientizare focalizată gestaltist, asociată ca analiză, a permis conceperea și nuanțarea „scenariului terapeutic” din punct de vedere al tehnicilor utilizate.

**Etapa 1.** Inițial, pe parcursul a trei-patru ședințe, am cuplat tehnica analitică orientată asupra trecutului cu o tehnică gestaltistă de readucere și retrăire în prezent a elementelor implicate în modificările expresive ale posturii, Am focalizat apoi conștientizarea asupra percepției schemei corporale și tonusului muscular,

lucrând pe integrarea polarităților. Am insistat în conștientizarea prin descoperire a relațiilor dintre emoții, gând și mișcare și poziție (lucrul cu corpul), a raporturilor de consonanță și respectiv disonanță între mental și corporal. În același scop am inițiat pacienții în câteva tehnici de respirație conștientă, controlată, începând cu ciclul respirației abdominale și apoi, exersând ciclul respirator complet. Concentrarea asupra ritmului respirator ca și practica egalizării conștiente a timpului de inspir și expir, într-un ritm natural, propriu subiectului (3 cu 3 timpi, sau 4 cu 4 timpi), în relație directă cu starea de calm și deconectare a constituit un obiectiv important al acestei prime etape.

**Etapa 2.** După câteva ședințe de familiarizare și de motivare adecvată, am introdus în programul terapeutic o tehnică hipnoterapeutică de tip sophronic, constând în inducție lent-progresivă a relaxării psihomusculare, cu accent pe activarea circulatorie și energizarea uniformă, cvasitotală a corpului, începând din zona membrelor inferioare. După declanșarea catalepsiei pleoapelor, fie prin tehnica focalizării punctului dintre sprâncene, fie prin concentrare pe liniștirea ritmului respirator, am procedat la o relaxare corporală globală, începând cu degetele picioarelor, tălpi, glezne, mușchii inferiori ai picioarelor, genunchi, coapse, abdomen, plex solar, torace, baza gâtului, umeri, brațe, palme, degete. În aceleași ordini de focalizare, am provocat ulterior subiectul să lucreze prin **conștientizare focalizată, menținându-se și experimentând conștient senzațiile corporale și alternanța tensiunilor cu relaxarea**, completând și aprofundând la nivelul integrării conștiente ceea ce inițial a fost practicat pe fondul tranșei lejere, deci cu o mai redusă participare conștientă. În aceasta constă și caracterul **neconvențional** în care am complementat tehnici terapeutice aparținând unor **abordări relativ diferite**. Pentru noi, importantă este conexiunea pe care aceste tehnici o pot crea în refacerea punților interne aflate în conflict, în scopul coeziunii eu-lui și completării ciclului gestaltului. Am aprofundat exercițiile pe fond de relaxare și de supraveghere consecutivă, practicând și tehnica inducției focalizate a lui Zlocker, cu integrarea

muncii de conștientizare și experimentare a senzațiilor, ceea ce a condus treptat la dobândirea capacității de autoinducție și control asupra senzațiilor de căldură concentrată și dispersată în zonele corporale de interes (cervico-dorso-lombară, humerală, brațe, palme, degete, cu revenire în zona gâtului. Am pus accent și pe amplificarea progresivă a suportului verbal imagistic, plastic, evocator al senzațiilor de căldură profundă, invadantă, înmuiere, flexibilizare, topire, ușurare, eliberare. Lucrul cu corpul s-a folosit astfel și de tehnica vizualizării ghidate, ceea ce a crescut controlul subiectului în procesul de autorestructurare. Scenariul imagistic de restructurare mentală a schemei corporale a fost particularizat de la caz la caz și conceput în colaborare cu pacientul, el descoperind cele mai reprezentative metafore personale utilizate în restructurare. Acolo unde clientul s-a dovedit mai puțin imaginativ, terapeutul a ghidat activ metaforizarea cu scop de restructurare, propunând **exerciții** cum ar fi: imaginarea schemei corporale în mișcare transformativă costând în flexibilizarea corpului și lungirii sale între „cer și pământ”, progresiv, urmată de revenirea autocontrolată într-o dimensiune optimă și la o postură echilibrată, simetrică, în conformitate cu modelul mental pozitiv, dezirabil, autoproiectat. Seria exercițiilor mentale se încheie cu un exercițiu cefalic și de reintegrare armonioasă a întregii scheme corporale restructurate în mediu. Variabil s-a asociat și tehnica orientală **Rey Qi** (constând în aplicarea palmelor terapeutului, direct sau în zona de contact a câmpului bioenergetic al persoanei), ținând cont de polarizarea diferită a palmelor terapeutului (stânga negativ, dreapta - pozitiv, în corelare directă cu orele de maximum bioenergetic, respectiv în cazul nostru, orele 9-11 și 15-17). Conform studiilor în domeniu, palma stângă acționează ca absorbant, dispersator, iar palma dreaptă ca emițător, corector al fluxului energetic diminuat sau blocat. În funcție de particularitățile subiecților noștri am observat că utilitatea paselor bioenergetice palmare este diferită. Astfel, bărbații au beneficiat mai mult de contactul palmei stângi, ceea ce sugerează indirect existența unui posibil exces energetic de tip Yang în zona superioară a corpului

(această corelează, de altfel și cu tulburările de dinamică sexuală semnalate), torticolisul, manifestându-se în contextul acestui dezechilibru energetic. Femeile au beneficiat mai curând de aplicațiile palmei drepte, ceea ce ne-ar putea sugera prezența unui deficit energetic sau a unui blocaj, implicat în perturbarea respectivă. Menționăm însă că, în faza inițială a terapiei, majoritatea pacienților prezentau o necesitate crescută de absorbție bioenergetică, adesea conștientizată și comunicată din proprie inițiativă de către subiect. Aceasta susține posibilitatea mai curând a unui blocaj sau deficit energetic în zona simptomatică, în special în formele de torticolis hipoton. În formele spastice, e de presupus un exces energetic de tip Yang, care se cere „drenat” prin pase corespunzătoare.

**Etapa 3.** Pe măsura înaintării în procesul terapeutic, după cca, 10-15 sedințe de relaxare și conștientizare a unui nou gestalt integrativ mental-corporal, am introdus exerciții de modificare a posturii vicioase, a coloanei vertebrale, a gâtului și a modalității de orientare a privirii în mediu, precum și de experimentare a mersului ritmic, armonios, conectat la ritmul respirator conștientizat. S-a lucrat și asupra deblocării mișcărilor de balans ritmic al brațelor, insistându-se asupra conștientizării și exprimării emoțiilor asociate și acelasi lucru, pentru picioare. Asocierea unor patternuri specifice de mișcare corporală și respirație controlată, a constituit paradigma de bază a acestui antrenament al conștientizării și autoreglării. Menționăm că nu am practicat o kinetoterapie de factură uzuală, ci un model mental-corporal de autorestructurare prin experimentare și conștientizare activă, creativă. Activarea resurselor s-a bazat pe trepidul:

- model mental, imagistic;
- orientare verbală a mișcării euritmice;
- acțiune creatoare conștientă (exercițiu), cu feed-back-urile necesare.

Restructurările (câștigurile) terapeutice s-au bazat pe:

- simetrizare posturală (atât în plan ideativ, cât și motor), prin următoarele tehnici (care au acționat ca niște căi de reperizare în experimentarea deplasării):
- orientarea privirii simultan cu mișcarea

lentă, conștientă, voluntară a capului, pe linia imaginată a unor largi semicercuri, situate la distanțe din ce în ce mai mari de corp;

- fixarea privirii pe obiecte situate la distanță mare, cu conștientizarea detaliilor din ce în ce mai fine (focalizarea atenției pe obiect extern - tehnică preluată din Yoga);

- parcurgerea conștientă, mentală, a drumului până la obiectul concentrării și îndărăt, cu reluarea ciclului și complicarea lui, progresiv cu alte exerciții de urmarire (trașee orizontale, verticale, cercuri, diferite forme-exercițiu pe care l-am denumit „plimbarea privirii” sau „mângâierea cu privirea” simultan cu respirația calmă, egală, completă.

- mersul conștient-ritmic, cadențat și flexibil, elegant, cu sprijin verbal de concentrare pe numărătoare, asociat cu o ritmare calmă a respirației de tip abdominal, apoi cu mărirea treptată a timpului de expir într-un raport dublu față de timpul de inspir (3/6 sau 4/8) - exercițiu preluat din seria pranayamelor (Yoga) cu scop de „dezintoxicare”.

- asocierea unui număr variabil de exerciții respiratorii, după caz, de tip dezanxiere, purificare, calmare, etc. Din seria celor mai utilizate menționăm exercițiul respirației alternative (pe Ida și Pingala), în cicluri repetate de 3 ori pe zi, câte 5-6 exerciții, exercițiul de expir prelungit, eliberator „Ha”, exercițiul celor 5 silabe emise pe expir din practica Qi Gong;

- corecția simetrizării poziției umerilor, inițial cu sprijin subaxilar (o carte) pentru umărul denivelat, ulterior prin fixarea voluntară a brațelor la spate, în timpul mersului ritmic. De un real folos a fost practicarea unor posturi (asane) din Hatha Yoga, axate în special pe conștientizarea și activarea coloanei vertebrale și a simțului echilibrului. Corecția mersului prin flexibilizarea mișcărilor s-a făcut în trepte, parcurgându-se în mod experimental un mers pendulator intențional, cu proiectarea toracei în față și vizualizarea mișcărilor capului ca și cum ar fi acționat de un resort elastic. Aceste exerciții se transformau treptat într-o **formă de expresie corporală estetică**, un adevărat „model de dans personal”, bazat pe mișcări din ce în ce mai ample, mai libere. Astfel, crisparea, ca și torsiunea involuntară a gâtului au putut fi progresiv autoreglate, subiecții învățând și

exersând ulterior o ritmică armonioasă, bazată pe sincronicitatea proiectului imaginativ-ideativ cu respirația adecvată și mișcarea liber-reglabilă. Pacienții au experimentat cum pot să-și creze o imagine corporală acceptată, care să elibereze mișcările optime, căpătând din interior modelul posturii simetrice și eliberate, siguranța necesară restructurării și preluării controlului postural. Exersarea conștientă a dus la rezultate stabile, după cca 8-12 luni de tratament intens, reluat în cicluri, între care subiecții își continuau pe cont propriu programul. Pe măsură ce s-a produs „creșterea psihologică”, extinderea conștientizării de sine și integrarea polarităților, corecția și depășirea simptomului s-a produs în grade variabile, ținând de durata și perseverența tratamentului, de calitatea contactului terapeutic și de susținerea proterapeutică a mediului familial și a personalului de îngrijire, pe perioada spitalizărilor. În unele cazuri, s-a practicat progresiv tratamentul în regim semiambulator și apoi ambulator.

Esențială a fost pe parcursul întregii psihoterapii, facilitarea și cultivarea sentimentului de autoacceptare și, mai ales, dobândirea atitudinii de a fi liber interior. Libertatea interioară a constituit baza pe care s-a creat pas cu pas și libertatea în planul mișcărilor și acțiunii, a posturii expresive, comunicante.

Exprimarea unui caz ni se pare relevantă pentru experiența terapeutică trăită: „Am scăpat din capcană”. Colaborarea cu pacienții a stimulat și propria lor **creativitate în planul mișcărilor și posturii**, unii dovedind reale disponibilități de inventare a unor jocuri de mișcare ritmică, armonioasă, corespunzătoare dobândirii unei dezinvolturi posturale. Astfel, un exercițiu de balans corporal lateral, gândit și trăit ca o mișcare lină de plutire a unei bărci pe valuri, sau a unui leagăn sau a unui pendul, a ajutat mult la diminuarea contracturii gâtului, capul fiind imaginat ca susținut de un resort elastic, liber.

Modelul mental adecvat, (trăit ca imagine plastică), cuvântul sugestiv, acțiunea propriuzisă experimentată în realitate (privire, mișcare, deplasare) și respirația controlată, calmă, au constituit cei 4 piloni ai reconstrucției prin conștientizare a unui nou model psihocorporal, care a rezolvat sau ameliorat până la suportabil simptomul de bază.

O consecință importantă a terapiei a fost o restructurare spiritual-atitudinală a pacienților, care au înțeles că suferința poate deveni un prilej de autodezvoltare a resurselor, de autodepășire, regăsire și acceptare de sine, precum și de transformare benefică. Reînnodarea speranței a deblocat, încă o dată „performanța”.

---

## Capitolul 2

---

# ANALIZA BIOENERGETICĂ — O TERAPIE CENTRATĂ PE COMUNICARE CORPORALĂ

*Carmen Beyer*

### CUPRINS

1. Ce este analiza bioenergetică? .....	62
2. Fundamentele teoretice ale analizei bioenergetice .....	62
2.1. Corp și limbaj .....	62
2.2. Principiul plăcerii și principiul realității .....	65
2.3. Anxietate și apărare .....	66
2.4. Adaptare defensivă și adaptare creativă .....	67
2.5. Structurile caracteriale .....	68
2.5.1. Structura de caracter schizoidă .....	68
2.5.2. Structura de caracter orală .....	69
2.5.3. Structura de caracter psihopată .....	70
2.5.4. Structura de caracter masochistă .....	71
2.5.5. Structura de caracter rigidă .....	72
2.5.6. Concluzii .....	73
3. Terapia bioenergetică .....	74
4. Exemple și aplicații .....	75



## 1. Ce este analiza bioenergetică?

Bioenergetica constituie studiul personalității umane înțeleasă în termenii proceselor energetice ale corpului. Alexander Lowen, fondatorul acestei orientări, marturisește că ea își are originea în activitatea lui Wilhelm Reich. Lowen a fost elevul lui Reich între anii 1940 - 1952 și a urmat o cură analitică cu acesta în perioada 1942 - 1945. Pe cei doi i-a apropiat convingerea comună că atitudinile mentale pot fi influențate lucrând asupra corpului. Elevul a preluat o parte din ideile profesorului său, dar s-a dezvoltat ulterior într-o direcție proprie. Între anii 1945 - 1953, Lowen lucrează ca terapeut reichian, iar în 1956 fondează Institutul de Analiză Bioenergetică. „Exercițiile standard pe care le utilizăm astăzi au fost încercate și testate mai întâi pe mine, așa încât știu din experiență proprie cum funcționează. În toți acești ani, am încercat să practic pe mine însumi tot ceea ce ceream pacienților mei să facă, deoarece nu cred că cineva are dreptul să ceară celorlalți ceva pe care nu este pregătit să și-l ceară sieși. Altfel spus, nu cred că cineva poate face pentru ceilalți ceea ce nu poate să facă pentru sine.” (Lowen, 1975)

Comparativ cu terapia reichiană, unde accentul era pe sexualitate, în analiza bioenergetică interesul se mută pe personalitatea totală. Sexualitatea este plasată de Lowen în acest context și considerată una dintre cheile potrivite pentru a descifra misterul condiției umane, dar nu singura. Caracteristic pentru bioenergetică este abordarea simultană a pacientului la mai multe nivele: corporal (muscular), energetic (emoțional) și al conștiinței (Eului), precum și tentativa de a integra aceste nivele. Bioenergetica preia masiv din aparatul conceptual al psihanalizei, dar se diferențiază radical de ea, prin aducerea în prim plan a corpului. Lowen pune la îndoială eficiența unei intervenții care se limitează la înțelegerea verbală. După ani de psihanaliză, spune el, persoana se află în posesia multor informații despre situația sa, dar patternurile structurate de comportament rămân neatinse. Doar prin mijlocirea experienței, informațiile devin cunoștințe, iar experiența este un fenomen corporal; doar prin

mijlocirea trăirii, cunoștințele devin înțelegere, iar emoțiile sunt fenomene corporale și doar prin mijlocirea unei înțelegeri sau conștientizări care a trecut prin propriul corp, comportamentul se schimbă. Aceste afirmații apropie bioenergetica de orientarea fenomenologică în psihoterapie. În ecuația corp-emoții-conștiință-comportament, fundamentală pentru bioenergetică, corpul deține un rol privilegiat, poate și pentru faptul că a fost neglijat și subestimat de predecesori. Pentru cel inițiat în descifrarea limbajului său, el reprezintă forma cea mai accesibilă de memorie, fiind cel care păstrează intactă istoria persoanei.

„O persoană este suma totală a experiențelor sale de viață, fiecare fiind întipărită în personalitatea sa și structurată în corpul său. La fel cum un pădurar poate citi istoria vieții unui copac în secțiunea transversală a trunchiului, care-i arată inelele de creștere anuală, tot așa este posibil pentru un terapeut bioenergetician să citească istoria vieții unei persoane în corpul său.” (Lowen, 1975)

## 2. Fundamentele teoretice ale analizei bioenergetice

### 2.1. Corp și limbaj

„Tu ești corpul tău” - este o afirmație fundamentală a bioenergeticii. „Corpul tău exprimă cine ești și modul tău de a fi în lume. Cu cât corpul tău este mai viu, cu atât tu ești mai mult în lume. Când corpul își pierde o parte din vitalitate, așa cum se întâmplă atunci când ești extenuat, de exemplu, ai tendința de a te retrage (...). Noi toți am vrea să fim și să ne simțim mai vii, iar bioenergetica ne poate ajuta să atingem acest țel.” (Lowen, 1975)

#### Modelul structural al corpului

Modelul structural al corpului, propus de bioenergetică, cuprinde trei segmente esențiale: (a) un centru - inima; (b) periferia corpului, unde se află punctele de contact cu lumea: capul, mâinile, picioarele, organele genitale (c) căile de legătură între centru și periferie, cunoscute sub denumirea de canalele de comunicare ale inimii. Cele trei componente

au următoarele funcții: inima este sursa impulsurilor; prin canalele de comunicare impulsurile circulă, iar prin extremitățile periferice ele se exprimă către și intră în contact cu exteriorul. Accentul în terapie cade pe componenta intermediară, datorită blocajelor frecvente care o afectează, împiedicând fluxul de energie, senzații și sentimente să curgă liber de la centru către periferia corpului și de aici spre lume.

### Limbajul corporal

Practica bioenergetică a pus în evidență existența unor corespondențe între structura corporală și situația psihologică a individului. O cale eficientă pentru a înțelege personalitatea este să descifrezi limbajul corpului. Acesta reunește două componente: (a) expresiile și semnele corporale și (b) expresiile verbale referitoare la corp. Astfel, suntem provocați să renunțăm la obișnuința de a ne reprezenta corpul ca pe o entitate tăcută și să ne imaginăm cum, într-o limbă a lui, el ni se adresează. Analistii bioenergeticieni se străduiesc să-i înțeleagă cuvintele și să găsească acele analogii care să formeze baza unui diagnostic rapid și a unei intervenții terapeutice directe și eficiente. Câteva repere, în acest sens, sunt oferite în rândurile ce urmează:

#### Inima

Limbajul natural conține o mulțime de expresii verbale construite în jurul cuvântului inimă: „a ajunge în inima unui lucru” se referă la esența, centrul, miezul sau profunzimea acelui lucru; „a face ceva din toată inima” denotă implicarea totală, fără ezitare sau conflict; „a-ți călca pe inima” înseamnă a nu ține seama de sentimente; „a-ți deschide inima” înseamnă a-ți marturisi sentimentele; „a-ți dărui inima” înseamnă a-ți dărui dragostea; „a fura inima cuiva” înseamnă a-i câștiga, cu sau fără intenție, iubirea; „a avea inimă de piatră” înseamnă a fi lipsit de sentimente, a nu vibra afectiv; „a frânge cuiva inima” înseamnă a-l dezamăgi sau a-i înșela sentimentele. „Inimă frântă” — comentează Lowen — nu se referă la faptul că inima ar fi fost ruptă în bucăți, ci la acela că legăturile ei cu restul corpului și cu

lumea au fost întrerupte (frânate). În majoritatea expresiilor se remarcă importanța transfiziolologică pe care limbajul natural o acordă acestui organ al corpului; departe de a fi doar o pompă, el devine sediul central al vieții noastre afective. Păstrându-se același paralelism, în terapie, evaluarea deschiderii emoționale se face prin intermediul indicilor organici. Se apreciază: starea celor trei canale de comunicare ale inimii; aspectul cutiei toracice - la palpare, ea poate să apară rigidă și imobilă sau elastică și responsabilă; respirația - care reflectă și ea mobilitatea toracelui; anumite detalii - spre exemplu, la unii oameni, sternul formează o protuberanță, ca pentru a-i ține pe ceilalți la distanță de inima lor.

A evalua situația inimii unei persoane, echivalează cu a determina cât de vie este acea persoană. După cum inima este conectată sau nu la organele periferice prin care corpul se exprimă, acțiunile și mișcările persoanei vor fi pline de viață sau lipsite de viață, vii sau stereotipe. În primul caz ea se exprimă pe sine, în al doilea caz ea rămâne blocată în sine, manifestându-se în exterior doar prin intermediul gesturilor învățate prin imitație. Momentul separării inimii de restul corpului marchează alienarea individului față de sine. În această condiție, trăirea și experiența sunt suspendate, în favoarea unei funcționări mecanice.

#### Primul canal de comunicare al inimii: Inimă-gât-gură

Este un canal primar, prezent la nou-născut, care, cu buzele și gura, dar și cu inima, caută sânul mamei. Adultul păstrează această mișcare, în sărut, ca pe o expresie a dragostei. După cum acest canal este închis sau deschis, sărutul va fi un gest mecanic sau o manifestare a dragostei. Blocajele apar la nivelul mușchilor gâtului. „Un gât contractat - spune Lowen - poate bloca trecerea oricărui sentiment prin el, iar inima rămâne izolată și închisă.”

#### Al doilea canal de comunicare al inimii: Inimă-brațe-mâini

Funcția principală a mâinilor este contactul, atingerea, mângâierea. Contactul blând și

tandru cu mâinile mamei se păstrează, ca expresie a dragostei, în gesturile adultului. După cum acest canal de comunicare este deschis sau închis, atingerea va fi mecanică, redusă la nivelul pielii, sau vie, ajungând la nivelul inimii. Mâinile pline de iubire sunt puternic încărcate cu energie, iar atingerea lor este tămăduitoare. Blocajele pot să apară sub forma unor tensiuni în umeri, expresie a fricii de contact, sau sub forma spasticității în mușchii mâinii, datorată reprimării impulsurilor de a apuca, a înhăța, a zgâria sau a ștrangula (responsabile, după opinia autorului, și de artrita reumatoidă a mâinilor).

### Al treilea canal de comunicare al inimii: Inimă-pelvis-sex

La femei se adaugă un canal suplimentar inimă-sâni. După cum acest canal este închis sau deschis, actul sexual va fi o înlănțuire de gesturi mecanice sau o expresie a iubirii. Orgasmul, descris de Lowen ca o experiență a mișcării spontane, este definit prin implicarea totală a corpului și absența tensiunilor în corp. Blocajele pot să apară sub forma tensiunilor musculare cronice în jumătatea inferioară a corpului: diafragm, pelvis, coapse. O tulburare comună este disocierea jumătății superioare a corpului de jumătatea inferioară. Uneori ele par că nu aparțin aceleiași persoane. Aceasta arată că sentimentele unei părți nu au fost integrate cu sentimentele celeilalte. Când un grad de disociere există, mișcările respiratorii nu se pot propaga liber în corp. Respirația este fie toracică, cu redusă implicare abdominală, fie diafragmatică, cu mișcări ale pieptului reduse. Dacă persoanei i se cere să stea în poziția arcuit spre spate (similară cu „arcul taoist” din t'ai chi), linia corpului îi apare întreruptă. Pelvisul este fie tras înainte, fie împins înapoi, provocând o ruptură în linia corpului. Lipsa de unitate a corpului este expresia faptului că inima (sentimentele), capul (gândirea) și organele genitale (actul sexual) nu au fost integrate.

### Fața

Dacă înțelesul cuvântului inimă a fost extins, pentru a desemna esența, centrul sau miezul lucrurilor, același lucru s-a întâmplat în cazul cuvântului față, pentru a desemna

aparența lor. O altă corespondență este între față și puterea Eului. O persoană cu un Eu puternic „face față situației”, în timp ce o persoană cu Eu slab „nu face față”. O față largă și plină sugerează un Eu puternic. Cazurile de dizarmonie, un cap mare pe un corp mic sau invers, sugerează existența unui grad de disociere între corp și Eu.

### Mâinile

În timp ce umerii sunt legați de purtarea responsabilităților, rolul esențial al mâinilor îl reprezintă contactul cu ceilalți și atingerea. Așa cum am văzut, ea poate fi strict tactilă, mecanică, fără implicarea inimii și a sentimentelor, sau vie, angajând total persoana, caz în care putem vorbi de o atingere emoțională sau un contact sufletesc, care trece dincolo de aria mâinilor. Această trecere dincolo este exprimată bine de limba franceză, unde verbul „toucher” (a atinge) apare în expresia „je suis touché” (literal, „sunt atins”) cu sensul „sunt emoționat”, adică, sufletul meu a fost atins. O conotație asemănătoare are verbul „to touch”, în limba engleză.

O problemă importantă a bioenergeticii este cea a contactului fizic între terapeut și pacient. Tradițional, ea reprezenta un tabu, datorită asocierii atingerii cu sexualitatea. Pentru terapeutii bioenergeticieni importantă este calitatea atingerii. O atingere terapeutică trebuie să fie caldă, prietenoasă, liberă de orice interes personal sau sexual, astfel încât să nască încredere. Rolul ei este triplu: (a) atingând corpul pacientului său, terapeutul află multe lucruri despre acesta (vitalitatea țesuturilor, umiditatea pielii, tensiunile musculare); (b) pacientul simte că îi este acceptat și corpul; (c) pacientul este încurajat să reconsidere atingerea și s-o practice ca pe un mod natural de contact cu lumea. Această atitudine vine să compenseze o lipsă a culturii occidentale, caracterizată prin teama de contact corporal cu ceilalți (în afara sferei sexuale), ceea ce conduce la lipsă de comunicare afectivă și izolare.

Situația în care conotația sexuală devine dominantă, apare pe fondul inabilității celui în

cauză pentru un real contact fizic și ascunde acest deficit. Ea poate să vină fie din partea pacientului și în acest caz va fi analizată, fie din partea terapeutului, care este și el tot o ființă umană și poate avea sentimente personale. Când această ultimă variantă apare, spune Lowen, „el nu ar trebui să-și mai atingă pacientul. De aceea, un terapeut trebuie să se cunoască mai întâi pe sine, să fie în contact cu sine însuși, mai înainte de a putea fi în contact cu pacientul său. A trece prin propria terapie este o condiție de bază pentru a face terapie altora.” La rândul său, pacientul este invitat să-l atingă pe terapeut, modul său de reacție fiind analizat. El poate schița, de exemplu, un gest de respingere, returnând rejecția pe care a experimentat-o cândva. A intra în contact cu terapeutul îl conduce pe pacient la a intra mai mult în contact cu sine, ceea ce reprezintă chiar scopul terapiei.

### Picioarele

A avea un bun contact cu solul, a fi cu picioarele pe pământ (to be grounded) a devenit un concept central al bioenergeticii. Multor oameni le lipsește sentimentul că au picioarele bine plantate pe pământ, iar aceasta se datorează, de cele mai multe ori, lipsei unui contact plăcut cu corpul mamei în copilăria timpurie. Simbolic, mama și pământul au aceeași semnificație. Deficitul de contact cu solul, la vârsta adultă, exprimă un deficit de contact cu realitatea. Opusul lui a fi cu picioarele pe pământ este a sta suspendat (hang up). Există două categorii de fapte care pot ține suspendat sau absent din prezent un individ: conflictele inconștiente de origine infantilă, adică trecutul, și scopurile nerealiste, adică viitorul sub forma sa de compensare proiectivă. A aduce pacientul în contact cu solul pe care stă (grounding) și, prin aceasta, a-l aduce în contact cu realitatea și cu prezentul, reprezintă conținutul multor exerciții bioenergetice. În urma experimentării unor astfel de tehnici pacienții relatează, de obicei, că se simt „în rădăcinați” sau că-și simt picioarele extinzându-se în podea.

O persoană echilibrată psihologic este totodată echilibrată pe picioarele sale, greutatea corpului fiind distribuită între calcâie și degete. Când greutatea este balansată spre calcâie, poziția este pasivă; când este balansată spre degete, poziția este agresivă. Dacă, în poziția stând, genunchii sunt înțepeniți, și-au pierdut flexibilitatea și au fost transformați într-un suport rigid aceasta indică insecuritate și nevoia de sprijin exterior. Dacă se cere persoanei să stea cu ei ușor flexați, se constată apariția unor vibrații în picioare, însoțite de senzația că acestea nu o mai țin.

Expresia „a sta pe propriile picioare” se referă la independența persoanei, iar întrebarea „cum stai?” se interesează de poziția sa într-o anumită situație. O altă corespondență este între modul cum stai pe picioare și poziția socială. Acest aspect devine evident în cultura chineza, unde există obiceiul de a bandaja picioarele fetițelor pentru a rămâne mici și nefolositoare. Picioarul mic era semnul unui rang social înalt. În alte culturi, picioarul plat, cu bolta plantară prăbușită, este asociat cu o poziție socială joasă, iar bolta înaltă cu o poziție socială ridicată. În bioenergetică, bolta foarte înaltă indică spasticitatea și contractura mușchilor locali și un contact deficitar cu solul, persoana nefiind bine ancorată în real.

## 2.2. Principiul plăcerii și principiul realității

### Plăcerea

În bioenergetică, plăcerea este descrisă ca o „expansiune a organismului total, un flux de sentimente și energie, curgând spre periferia organismului și spre lume. Într-o analiză ultimă, emoțiile și sentimentele sunt percepții ale mișcărilor în organism.” Nu este vorba despre motilitatea conștientă și voluntară, care produce puține senzații în afara celei de deplasare în spațiu, ci de motilitatea inconștientă a corpului, responsabilă de spontaneitatea și caracterul viu al mișcărilor și acțiunilor noastre. Când este absentă sau redusă, mișcările devin mecanice și lipsite de viață. „Astfel, când spunem că o persoană este într-o stare de plăcere, aceasta denotă că mișcările corpului său, în special cele interne, involuntare, sunt ritmice,

necontractate și se exprimă în afară. Prin urmare, am putea defini sentimentul de plăcere ca pe o percepție în corp a unei mișcări expansive: deschidere, îndreptare către, intrare în contact, exprimare. Închiderea, retragerea, reținerea în interior, inhibiția, nu sunt trăite ca plăcere și pot fi experimentate ca durere sau anxietate.” (Lowen, 1975)

O persoană care trăiește plăcerea, se manifestă în afară prin semne vizibile: ochii îi strălucesc, pielea este caldă și cu o nuanță de roz, gesturile sunt firești și vii și are o anume ușurință și blândețe în ceea ce face și în modul de a fi. Aceste semne vizibile sunt manifestarea fluxului de senzații, sânge și energie care curge liber către periferia organismului. Curgerea liberă este corelatul fiziologic al stării de bine. O persoană care experimentează neplăcerea sau durerea, se manifestă, de asemenea, în afară prin semne vizibile: tristețea ochilor, paloarea și răceala pielii, o anume rigiditate a mișcărilor, o lipsă de spontaneitate în comportament. Acest tablou exprimă absența curgerii libere a senzațiilor, sângelui și energiei, datorită stării de contracție din organism. Contracția este corelatul somatic al durerii. La anumite persoane se poate observa un tablou mixt: o parte este caldă, moale și strălucitoare, iar cealaltă este rece, tensionată și palidă. O imagine comună ne prezintă un bun tonus și culoare în jumătatea superioară a corpului, în timp ce jumătatea inferioară ne apare palidă și lipsită de tonus. Semnificația acestei imagini corporale este că există un blocaj în curgerea senzațiilor în jumătatea inferioară a corpului, în special a senzațiilor sexuale. O altă imagine comună este un corp cald cu mâini și picioare reci. Această situație arată că tensiunea sau reținerea este în structurile periferice, cele care fac contactul cu lumea din jur. O persoană handicapată de tensiuni musculare cronice, care blochează canalele de comunicare ale inimii și limitează curgerea fluxului de energie către periferia corpului, poate suferi în multe feluri: ea poate simți frustrare și insatisfacție față de viață, anxietate și depresie, alienare și poate dezvolta tulburări somatice.

### Realitate și Iluzie

Așa cum ne-am putut deja da seama, bioenergetica este de acord cu ideea, consacrată de psihanaliza freudiană, conform căreia viața individului este guvernată de două forțe: principiul plăcerii și principiul realității. Orientarea ființei umane către plăcere este primară, în sensul că ea există încă de la început. Orientarea către realitate este secundară, în sensul că intervine ulterior, odată cu creșterea și maturizarea individului. Cât de bine o persoană este orientată în realitate va influența eficiența acțiunilor sale îndreptate către dobândirea plăcerii. Alternativa la a trăi în realitate este a trăi în iluzie. Realizarea unei iluzii necesită de obicei sacrificarea prezentului, ceea ce face din persoana care trăiește în iluzie o ființă inaptă, prin definiție, să trăiască plăcerea. În toate structurile caracteriale există imagini, iluzii și idealuri ale Eului, care compensează înfrângerile, eșecurile și traumele suferite. Cu cât mai severă a fost trauma, cu atât mai mare va fi investiția de energie în iluzia care o compensează. Oricum, în toate cazurile ea este considerabilă, iar cantitatea de energie deviată către imagini și scopuri nerealiste nu va mai fi disponibilă pentru „aici și acum”. Iluziile și idealurile Eului sunt unice ca și personalitatea; există totuși câteva tipice fiecărei structuri de caracter, ele vor fi prezentate la punctul 2.5.

### 2.3. Anxietate și Apărare

Orientarea primară în viață este către plăcere și departe de durere. Ne deschidem și ne îndreptăm spontan către plăcere; ne contractăm și ne retragem la fel de spontan din fața durerii. Când, în aceeași situație, există și posibilitatea plăcerii și amenințarea durerii, trăim anxietate. Acest tip de situații, în care sunt incluse semnale mixte, sunt cauza anxietății de fond care însoțește orice tulburare nevrotică sau psihotică. Ele apar în copilărie, în relația părinte-copil. Atâta timp cât oferă hrană, contact și stimulare senzorială, părinții sunt o sursă de plăcere. Foarte curând însă, ei încep să fie asociați și cu posibilitatea durerii. Semnalul mixt generează anxietate, iar apărările se dezvoltă. Ele reduc anxietatea, dar concomitent reduc viața și vitalitatea organismului.

Însă apărările nu blochează, în totalitate, impulsurile către obținerea plăcerii. Dacă s-ar întâmpla astfel, aceasta ar conduce, în cele din urmă, la moartea persoanei. Într-o analiză dusă la extrem, moartea reprezintă apărarea totală, completă împotriva anxietății. Și, în măsura în care orice apărare reprezintă o limitare a vieții, o putem considera ca pe o moarte parțială.

Aceasta este schema generală, care explică problemele personalității:

privare → căutarea plăcerii → frustrare,  
anxietate → mecanisme de apărare → pedeapsă

Pentru a înțelege un caz individual, trei factori sunt importanți:

- (a) timpul: cu cât anxietatea a apărut mai timpuriu, cu atât apărările sunt structurate la un nivel mai profund;
- (b) situația care a produs anxietatea;
- (c) mecanismele de apărare mobilizate pentru a-i face față.

### 2.4. Adaptare defensivă și adaptare creativă

Funcție de modul în care se adaptează la lume, personalitatea poate oscila între două extreme: personalitatea care se apără pe sine și personalitatea care se exprimă pe sine. Le-am mai putea denumi personalitate care stagnează și personalitate care crește. Prima se raportează defensiv la lume, cealaltă expresiv și creator. Ceea ce le diferențiază este prezența, în primul caz, absența în al doilea, a mecanismelor de apărare. Modelul structural al personalității, propus de bioenergetică, cuprinde patru nivele esențiale: în centru se află inima; acest miez este învelit de trei straturi dispuse sub forma unor cercuri concentrice: emoțional, muscular și conștiința (Eul). Funcție de modul de adaptare, defensiv sau expresiv, pentru care personalitatea optează, conținutul fiecărui strat va fi diferit.

#### Personalitatea defensivă

Este caracterizată prin prezența mecanismelor de apărare. Cum acestea pot fi de mai multe tipuri și personalitatea defensivă poate

îmbrăca mai multe forme, cinci la număr, cunoscute sub denumirea de structuri caracteriale și prezentate la punctul următor. Rolul mecanismelor de apărare este de a proteja inima împotriva anxietății. O astfel de personalitate va ridica o mulțime de baricade în calea anxietății și nu va permite ca inima să fie ușor atinsă. În același timp, ea nu va răspunde lumii din inimă. Defensele trebuie înțelese ca un proces evolutiv, la nivele diferite ele luând forme diferite, așa cum se poate observa în schema de mai jos.

**Centrul-inimă:** ceea ce trebuie apărat: a iubi și a fi iubit.

**Nivelul emoțional:** sentimente suprimate de teamă, panică, durere, tristețe, furie, disperare.

**Nivelul muscular:**  
tensiuni musculare cronice,  
care împiedică sentimentele reprimite să ajungă la nivelul Eului (conștiinței).

**Nivelul Eului:** negarea, proiecția, raționalizarea, blamarea, neîncrederea.

În cursul terapiei defensele sunt analizate în relație cu experiența de viață a individului și înlăturate cu grijă, pentru a elibera inima. Intervenția terapeutică nu se limitează la nivelul Eului. O persoană poate deveni conștientă de raționalizările sale, dar aceasta rareori îi va afecta tensiunile musculare sau îi va elibera sentimentele suprimate. Acesta este punctul slab al abordării exclusiv verbale, specifică psihanalizei. Dacă tensiunile musculare rămân neatinse, conștiința recent dobândită riscă să alunece într-un tip nou de raționalizare, mai subtil.

#### Personalitatea expresivă

Este caracterizată prin absența mecanismelor de apărare, astfel încât toate impulsurile inimii curg liber către periferia corpului și spre lume. Persoana „pune inimă” în tot ceea ce face, indiferent că este vorba de muncă, joc, relații interpersonale sau sex. Este vie, pentru că răspunde emoțional în toate împrejurările; poate fi bucuroasă sau supărată, furioasă sau entuziasmată, funcție de situație.



Sentimentele sale sunt adecvate momentului prezent și autentice, deoarece nu mai sunt contaminate cu energia emoțiilor suprimate, de origine infantilă. Mușchii fiind eliberați de tensiuni, mișcările și acțiunile sunt eficiente și pline de grație. Așa cum se observă mai jos, cele patru nivele ale personalității sunt coordonate și expresive, nu defensive.

**Centrul-inima:** ceea ce trebuie exprimat, acceptat: a iubi și a fi iubit

**Nivelul emotional:** sentimente exprimate de bucurie, plăcere, durere, suferință.

**Nivelul muscular:** grație, coordonare, eficiența acțiunilor și mișcărilor.

**Nivelul Eului:** conștiința de sine, afirmare de sine, stăpânire de sine

## 2.5. Structurile caracteriale

### Caracterul

Este definit ca un pattern fixat de comportament sau strategia, apărările pe care le dezvoltă un individ în situații care implică obținerea plăcerii. La nivel somatic, caracterul este structurat sub forma unor tensiuni musculare cronice, inconștiente în general, care blochează sau limitează posibilitatea impulsurilor de a se exprima. La nivel psihic, caracterul apare sub forma mecanismelor de apărare ale Eului: raționalizare, negare, proiecție ș.a. Structura de caracter este cel mai bun compromis pe care persoana a fost capabilă să-l facă în situațiile timpurii de viață. Din păcate, ea a rămas fixată la acest compromis, deși situațiile s-au schimbat și ea sau el au devenit adulți.

Cheia înțelegerii personalității stă în corenșoarea dintre atitudinea psihică și atitudinea musculară, ceea ce face posibilă „citirea” situației psihologice după „harta” corporală și vice-versa: explicarea unei atitudini corporale prin elemente ce țin de dinamica psihismului. Determinarea structurii caracteriale are dublu scop:

(a) **diagnostic:** aceasta se referă la „citirea” tensiunilor musculare cronice, a blocajelor energetice și „traducerea” lor într-un limbaj care exprimă dificultatea psihologică; ceea ce

înseamnă că analistul bioenergetician glisează de la suprafața corpului către profunzimile psihismului, ajungând la problemele mai complexe pe care individul le are;

(b) **terapeutic:** aceasta se referă la intervenția tehnică specifică, orientată spre înlăturarea blocajelor, prin care individul este ajutat să se elibereze de limitările impuse de experiențele trecutului și să-și sporească astfel vitalitatea, pentru a trăi plener prezentul.

Plecând de la tipul de mecanisme de apărare mobilizate, în bioenergetică, au fost descrise cinci structuri caracteriale: schizoidă, orală, psihopată, masochistă și rigidă.

### 2.5.1 Structura de Caracter Schizoidă

#### Descriere

Două tendințe, de obicei bine compensate, sunt caracteristice pentru personalitatea schizoidă:

(a) tendința spre disociere a unității personalității. De exemplu, gândurile tind să fie disociate de sentimente;

(b) tendința de a se retrage în interior, de a rupe sau pierde contactul cu lumea sau realitatea externă. Termenul schizoid descrie o persoană al cărei Eu este slab, iar contactul cu ceea ce simte și cu propriul corp este redus drastic.

#### Condiția bioenergetică

Energia este retrasă din organele care fac contactul cu lumea externă: față, mâini, organe genitale, picioare, întrucât acestea sunt deconectate de centru (inima). Fluxul energetic nu curge liber, de la centru către periferie, ci este blocat de tensiuni musculare cronice la baza capului, umeri, pelvis și articulația șoldului. Funcțiile acestor organe vor fi, astfel, disociate de simțămintele centrului (inimii).

Încărcătura energetică internă tinde să înghețe în zona de nucleu. Ca urmare a acestei comprimări, încărcătura poate deveni explozivă și poate erupe în acte de violență. Aceasta se întâmplă când apărările cad și organismul se trezește invadat de o creștere a energiei, pe care nu este obișnuit să o manipuleze. Există o divizare energetică a corpului, la nivelul taliei, având drept rezultat lipsa de integrare a celor două jumătăți, superioară și inferioară.

### Caracteristici fizice

• **Corpul:** este îngust și contractat, în majoritatea cazurilor. Atunci când există elemente paranoide în personalitate, corpul pare mai athletic.

• **Zone de tensiune:** la baza craniului, articulația umărului, articulația piciorului, centura pelviană și în jurul diafragmului. Ultima este, în general, atât de severă că tinde să rupă corpul în două. Spasticitatea domină în mușchii mici care înconjoară articulațiile. Ca urmare, se poate observa, la acest tip, fie o inflexibilitate extremă, fie o hiperflexibilitate a articulațiilor.

• **Fața:** este ca o mască. Ochii sunt lipsiți de viață și nu fac contact.

• **Membrele:** mâinile atârnă ca un apendice, mai degrabă decât să fie o extensie a corpului. Picioarele sunt contractate și reci; greutatea corpului cade în afară.

• Adesea există o discrepanță marcată între cele două jumătăți ale corpului; în multe cazuri ele par că nu aparțin aceleiași persoane. Sub tensiune, într-o poziție arcuită, linia corpului apare ruptă: capul, trunchiul și picioarele sunt, de obicei, în unghi unul față de celelalte.

### Corelate psihologice

• Un inadecvat sentiment al sinelui, datorat lipsei de identificare cu corpul.

• Lipsa conexiunii energetice între cap și restul corpului determină divizarea personalității în atitudini opuse.

• **Granițele Eului slab conturate** (corelatul psihologic al deficitului energetic la periferie). Această slabiciune determină o rezistență scăzută la presiunile externe, hipersensibilitate și retragere în autoapărare.

• **Tendința de a evita relațiile afective, intime.** Aceste relații sunt de altfel greu de stabilit, datorită lipsei de încărcare energetică a structurilor periferice.

• **Comportament neautentic;** a mai fost denumit comportament „ca și cum” — ca și cum ar fi bazat pe ceea ce simte, acțiunile însă nu exprimă sentimentele.

### Factori etiologici și istorici

• **Experiența timpurie,** care stă la baza structurii schizoide, include ostilitatea și

rejecția manifestate de mamă față de copil. Copilul se simte amenințat și se teme că orice întrebare, cerere sau afirmare de sine vor conduce la anihilarea sa.

• **Istoria vieții individului** arată lipsa oricărui sentiment puternic de siguranță sau bucurie. În copilărie, coșmarurile erau ceva obișnuit. Retragera și comportamentul nonemoțional erau atitudini tipice, însoțite ocazional de izbucniri de furie. Acestea sunt coordonate ale comportamentului autist.

• **Data fiind această istorie,** copilul nu a avut de ales, pentru a supraviețui, decât să se disocieze pe sine de realitate (viață imaginară intensă) și de corpul său (inteligenta abstractă).

### 2.5.2 Structura de Caracter Orală

#### Descriere

Trăsăturile care caracterizează această personalitate sunt cele tipice stadiului oral de dezvoltare: dependență, tendința de a se agăța de ceilalți, agresivitate scăzută, nevoia ca ceilalți să-l sprijine și să-i poarte de grijă. La anumiți indivizi aceste trăsături sunt mascate de atitudini compensatorii, cum ar fi afișarea unei independențe exagerate.

#### Condiția bioenergetică

Structura orală este, din punct de vedere energetic, subîncărcată. Fluxul energetic circulă către periferie, dar slab. Deficitul de energie și forță este mai mare în partea inferioară a corpului. Toate punctele de contact cu mediul sunt subîncărcate. Ochii sunt slabi, cu tendință la miopie, iar nivelul excitației sexuale este redus.

### Caracteristici fizice

• **Corpul:** tinde să fie lung și subțire (tipul ectomorf al lui Sheldon). Diferă de tipul schizoid prin aceea că nu e contractat. Musculatura este subdezvoltată, dar nu este încordată ca la tipul schizoid. Adesea apar semne fizice de imaturitate. Anumite femei au corpul ca de copil. Pelvisul este mai mic decât normal, atât la bărbați cât și la femei. Părul de pe corp este, de obicei, redus.

• **Membrele:** deficitul de dezvoltare se observă mai ales la picioare și mâini.



Picioarele sunt lungi și subțiri, laba piciorului este subțire și îngustă. Picioarele nu dau impresia că ar fi capabile să susțină corpul. Corpul manifestă tendința de a se prăbuși, datorită slăbiciunii sistemului muscular, mai ales.

- **Respirația:** este superficială, datorită nivelului scăzut de energie. Privarea, în stadiul oral, a redus forța impulsului de a suge. Respirația bună depinde de abilitatea de a suge.

#### Corelate psihologice

- Dificultăți de a sta pe propriile picioare, la modul propriu și la modul figurat.

- Tinde să se agațe de ceilalți, dar această tendință poate fi mascată (compensată) de o atitudine exagerată de independență. Incapacitate de a sta singur. Are o nevoie exagerată de contact cu ceilalți, de căldură și suportul lor.

- O altă atitudine tipică este sentimentul că i se datorează ceva.

- Suferă din cauza unei senzații de gol interior. Această senzație reflectă suprimarea sentimentului intens de dor, care, dacă ar fi exprimat, s-ar manifesta printr-un strigăt profund și o respirație completă.

- Tendința la depresie este patognomonică pentru structura orală.

#### Factori etiologici și istorici

- Experiența timpurie, care stă la baza structurii orale, este lipsa figurii calde și suportive a mamei, ca urmare a morții ei, bolii sau absenței cauzate de necesitatea de a munci.

- Istoria vieții arată adesea o dezvoltare precoce; învață să vorbească și să meargă mai devreme decât normal. Această dezvoltare poate fi explicată ca un efort de a înfrânge, prin dobândirea independenței, sentimentul de lipsă. Adesea există episoade de dezamăgire, în copilăria timpurie, când el sau ea încearcă să se îndrepte către tată sau alți apropiați, pentru a obține contact, căldură și suport. Asemenea dezamăgiri pot lăsa un sentiment de amărăciune în personalitate.

Episoadele depresive în copilăria târzie și în adolescență sunt tipice.

### 2.5.3 Structura de Caracter Psihopată

#### Descriere

Esența structurii psihopate este negarea sentimentelor. Această atitudine este diferită de cea a schizoidului care se disociază de sentimentele sale. La personalitatea psihopată, mintea se apleacă asupra corpului și sentimentelor, în special a celor sexuale, dar nu pentru a dobândi plăcerea, ci pentru a le manipula și a le subordona în favoarea unei imagini a Eului. Există la toate structurile psihopate o mare investiție de energie în propria imagine. Celălalt aspect caracteristic al acestei structuri este nevoia de putere și control.

#### Condiția bioenergetică

Există două structuri caracteriale psihopate diferite: „puternicul” și seductivul.

Tipul „puternic”: are o deplasare marcată a energiei către cap, concomitent cu reducerea încărcăturii în partea inferioară a corpului. Cele două jumătăți ale corpului sunt disproporționate; jumătatea superioară fiind mai mare și mai dominantă în aparență. Diafragma și mușchii taliei sunt contractați, împiedicând fluxul de energie și sentimente să curgă în jos. Pelvisul este subîncărcat și rigid.

Tipul seductiv: și aici există o tulburare a curgerii energiei între cele două jumătăți ale corpului. Spre deosebire de primul tip, pelvisul este, în acest caz, supraîncărcat energetic, dar deconectat. Spasticitate marcată a diafragmului.

#### Caracteristici fizice

Tipul „puternic”: Corpul arată o dezvoltare disproporționată a jumătății superioare. Aceasta dă impresia de fotografie mărită și corespunde imaginii mărite a Eului, pe care individul o are. Jumătatea inferioară este mai îngustă și poate manifesta slăbiciunea specifică structurii orale. Corpul este rigid. Ochii te fixează sau te privesc cu neîncredere. Ei nu sunt deschiși complet; închiderea ochilor, pentru a vedea și a înțelege este caracteristică pentru tipul psihopat.

Tipul seductiv: Corpul este mai regulat și nu are aspectul de fotografie mărită. Spatele este, în general, hiperflexibil.

**Zone de tensiune:** ambele tipuri au o spasticitate mărită a diafragmului. Sunt tensiuni marcate în segmentul ocular al corpului (ochii și zona occipitală). Tensiuni musculare severe pot fi palpate de-a lungul bazei craniului, în ceea ce am putea denumi segmentul oral. Aceste tensiuni reprezintă o inhibiție a impulsului de sugere.

#### Corelate psihologice

- Capul este supraîncărcat energetic, ceea ce înseamnă că există o hiperexcitare a aparatului mental, constând în aprecieri continue despre cum poate fi controlată și manipulată o situație.

- Are nevoie de cineva pe care să-l controleze, însă aceasta îl face și pe el dependent de cel controlat. Astfel, un anumit grad de oralitate există în orice structură psihopată.

- Negarea sentimentelor reprezintă, în ultimă instanță, o negare a nevoii. Manevra constă în a-i face pe ceilalți să aibă nevoie de el, astfel încât să nu trebuiască să-și exprime propria nevoie. Astfel el reușește să fie întotdeauna deasupra celorlalți.

- Nevoia de a fi în vârf și de a reuși este atât de puternică încât persoana nu poate admite o înfrângere. Ea trebuie să fie victorioasă în orice context.

- Sexualitatea este adesea folosită în jocul puterii; plăcerea sexuală este întotdeauna secundară performanței sau cuceririi.

#### Factori etiologici și istorici

- Experiența timpurie, care stă la baza structurii psihopate, este seducția sexuală exercitată inconștient de părinte. Comportamentul seductiv urmărește să-l lege pe copil de părinte și să satisfacă nevoile narcisice ale acestuia din urmă. Dar, un părinte seductiv este totodată și un părinte reactiv, la nivelul nevoii copilului de suport și contact fizic. Această lipsă de contact și suport este responsabilă de elementul oral prezent în structura psihopată. Relația seductivă crează un triunghi în care copilul își provoacă părințele de același sex, ceea ce înseamnă o barieră în fața necesarei identificări cu acesta, și se identifică cu părintele seductiv. În această situație, confruntat cu nevoia de contact, copilul fie și-o va deplasa,

ridicându-se deasupra ei, fie și-o va realiza, manipulându-și părinții.

- Istoria relevă, între părinte și copil, o luptă pentru dominanță și control. Alte date sunt greu de aflat, pentru că tendința psihopatului de a-și nega sentimentele include și negarea experienței.

### 2.5.4. Structura de Caracter Masochista

#### Descriere

Tendința esențială a structurii masochiste este submisivitatea. Individul suferă și se plânge, dar rămâne supus. El manifestă supunere în comportamentul exterior, dar în interior trăiește este exact opusul: are sentimente puternice de ostilitate, ciudă, negativism și superioritate. Aceste sentimente sunt însă blocate de teama că ar putea exploda într-un comportament violent. El se opune acestei explozii printr-un patern muscular de reținere în interior. Mușchii groși și puternici împiedică orice afirmare directă și permit doar văicărelilor să-i străbată.

#### Condiția bioenergetică

În contrast cu tipul oral, masochistul este plin de energie. Această energie este însă reținută în interior, dar nu înghețată ca la schizoid. Datorită reținerii severe, organele periferice sunt slab încărcate. Energia nefiind eliberată, acțiunile expresive sunt limitate. Reținerea este atât de severă încât determină comprimarea și strângerea organismului. Strângerea (colapsul) apare la nivelul taliei, ca și cum corpul s-ar încovoia (supune) sub povara tensiunilor sale. Impulsurile care merg în sus și în jos sunt blocate la nivelul gâtului și mijlocului, ceea ce explică tendința acestei structuri de a trăi anxietatea. Extensia corpului este sever limitată, iar tendința este spre scurtare.

#### Caracteristici fizice

- Corpul: este scurt, gros și muscular. Gâtul este scurt și gros, sugerând o tragere către interior a capului.

- Pelvisul: este tras înainte, fesele sunt strânse și aplatizate. Această postură seamănă cu cea a unui câine cu coada între picioare.

• Pielea: tinde să aibă o nuanță mai închisă, datorită stagnării energiei. Din motive care nu sunt cunoscute, părul de pe corp este, în general, bogat.

#### Corelate psihologice

• Datorită reținerii severe în interior, agresivitatea este redusă puternic. În locul agresivității există comportamentul provocativ, al cărui scop este să determine în partener un răspuns puternic, care să-i dea posibilitatea masochistului să reacționeze violent și exploziv.

• Datorită aceleiași rețineri, afirmarea de sine este limitată și ea. În locul asertivității există obiceiul de a se plânge. Văicăreala este singura expresie vocală care iese ușor printr-un gât sugrumat (contractat).

• Stagnarea energiei, datorită reținerii în interior, îi generează senzația că este împotmolit în mocirlă, incapabil să se miște liber.

• La nivel conștient, masochistul se identifică cu o persoană supusă. La nivel inconștient, această atitudine este contrazisă de sentimentele de ostilitate, negativism și ciudă. Personalitatea masochistă trebuie să-și elibereze aceste sentimente reprimite, înainte de a putea răspunde liber situațiilor vieții.

• Există o mare anxietate de castrare în acest caracter, inclusiv sub forma fricii de a fi separat (tăiat) de relațiile parentale, care oferă dragoste, dar condiționat.

#### Factori etiologici și istorici

• Experiența timpurie, care stă la baza structurii masochiste, include vinovăția și inferioritatea. Tipul masochist se dezvoltă în familii în care dragostea și acceptarea sunt combinate cu represiunea severă. Mama este dominantă și se sacrifică; tatăl este pasiv și submisiv. Mama dominantă sufocă literalmente copilul, care este făcut să se simtă extrem de vinovat pentru orice încercare de a-și declara independența sau de a-și afirma o atitudine negativă. Orice tentativă de rezistență, inclusiv accesele de furie, este cu promptitudine strivită.

• Istoria arată, în aproape toate cazurile, o atenție exagerată acordată de mamă mâncării și defecației copilului („Fii băiat bun și mănâncă-ți toată mâncarea” sau: „Las-o pe

mama să vadă...”). Senzația de a fi prins în cursă, de a nu vedea nici o ieșire, urmată de ciuda și tendința spre negativism sunt, în copilărie, experiențe comune.

#### 2.5.5 Structura de Caracter Rigidă

##### Descriere

Trăsătura esențială a acestui tip este rigiditatea. Individul stă țeapăn și mândru: își ține capul sus și spatele drept. Aceste trăsături ar putea fi pozitive, dacă nu ar fi defensive. Rigiditatea, în acest caz, reprezintă o apărare împotriva unei tendințe masochiste de fond. Rigidul stă în gardă, își reține sau amână impulsurile de a se deschide și a se îndrepta către, pentru că nu-i place să se profite de el, să fie folosit sau prins în capcană. Această reținere sau amânare provine dintr-o poziție puternică a Eului, o capacitate mare de control asupra comportamentului și este susținută, suplimentar, de poziția puternică pe care o ocupă sfera genitală. Astfel, personalitatea este bine ancorată la ambele extreme ale corpului, ceea ce conduce la un bun contact cu realitatea. Din păcate, individul pune accent exagerat pe realitate, tocmai pentru a se apăra împotriva efortului către plăcere, iar acesta devine conflictul fundamental al tipului rigid.

##### Condiția bioenergetică

La această structură, inima nu este despărțită de periferie, dar, datorită dezvoltării puternice a Eului, persoana acționează „din inimă”, sub un control puternic însă. Reținerea este doar periferică: permite sentimentelor să curgă, dar limitează exprimarea lor. Toate punctele periferice, de contact cu realitatea, sunt semnificativ încărcate. În plan comportamental, aceasta se manifestă ca abilitate de a testa realitatea înainte de a acționa. Principalele arii de tensiune sunt mușchii lungi ai corpului. Rigiditatea este determinată de spasticitatea combinată a mușchilor flexori și extensori și poate fi mai accentuată sau nu. Când reținerea este moderată, această structură este vie și vibrantă.

##### Caracteristici fizice

Corpul apare proporționat, armonios, conectat și viu. Ochii strălucesc, pielea e bine

colorată, gesturile și mișcările sunt vii. În ciuda acestui fapt, anumite elemente dizarmonice, descrise la celelalte tipuri, pot fi uneori observate. Când rigiditatea este severă, trăsăturile descrise mai sus se estompează: coordonarea și grația mișcărilor se reduc, pielea devine palidă sau gri, strălucirea ochilor dispare.

#### Corelate psihologice

• Acest tip este orientat spre lume, ambițios, competitiv și agresiv. Pasivitatea este experimentată ca vulnerabilitate. Este încăpățânat și mândru. Este reținut, ascuns, indirect, nu-și arată trăirile, pentru că se teme că dacă și-ar da drumul ar putea fi luat drept prost. Este o persoană care iubește la nivelul sentimentelor, dar nu și al acțiunilor. La el mândria este legată de sentimentul iubirii: o respingere a iubirii sale sexuale constituie o rană în mândria sa; o insultă adusă mândriei sale înseamnă un refuz al iubirii sale.

• Caracterul rigid include: tipul compulsiv clasic; tipurile narcisic și falic, orientate spre potența erectivă (la barbat); tipul victorian de isterie, care folosește sexul ca pe o apărare împotriva sexualității, descris de Reich (la femei).

#### Factori etiologici și istorici

Individul aparținând tipului rigid nu a avut în copilărie traume severe, care să ducă la atitudini defensive serioase. Experiența timpurie, care stă la baza acestei structuri, este frustrarea erotică, în special la nivelul genital. Aceasta s-a manifestat ca prohibiție a masturbării infantile și, de asemenea, în relație cu părintele de sex opus. Respingerea încercărilor sale de a obține plăcere sexuală a fost interpretată de copil ca o trădare a efortului său către iubire; plăcere sexuală și iubire fiind în mintea unui copil sinonime. Cum exprimarea deschisă a iubirii ca dorință de intimitate și plăcere erotică a întâlnit respingerea părinților, tipul rigid se va manifesta indirect și cu precauție pentru a atinge acest scop. El nu manipulează asemeni caracterului psihopat, ci face ca lucrurile să decurgă astfel încât să câștige apropierea pe care și-o dorește.

#### 2.5.6 Concluzii

##### Conflictul bazal

Fiecare structură de caracter are la bază un conflict între tendințe aparent opuse:

- **schizoid:** existența vs. nevoie („Dacă îmi exprim nevoia de apropiere, existența mea e amenințată.”)
- **oral:** nevoie vs. independență („Dacă sunt independent trebuie să renunț la orice nevoie de suport și căldură.”)
- **psihopat:** independență vs. apropiere („Nu mă pot apropia, dacă te las să mă controlezi sau să mă folosești.”)
- **masochist:** apropiere vs. libertate („Dacă sunt liber nu o să mă mai iubești.”)
- **rigid:** libertate vs. abandonare în iubire („Pot fi liber, dacă nu-mi pierd capul și nu mă abandonez în iubire.”)

##### Relațiile apropiate

Structura caracterială definește modul în care un individ își satisface sau nu nevoia de dragoste, intimitate, apropiere și eforturile sale orientate către plăcere.

- Caracterul schizoid evită apropierea intimă.
- Caracterul oral poate stabili o relație apropiată doar pe baza nevoii sale de căldură și suport, adică doar pe o bază infantilă.
- Caracterul psihopat se poate relaționa doar cu cei care au nevoie de el. Atâta timp cât este dorit și într-o poziție din care să poată controla relația, el permite unei oarecare apropieri să se dezvolte.
- Caracterul masochist este, surprinzător, capabil să stabilească relații apropiate, pe baza atitudinii sale submisive. Oricum, este varianta cea mai intimă dintre cele descrise până acum. Teama structurii masochiste este că dacă și-ar exprima sentimentele negative sau și-ar declara independența, aceasta ar conduce la pierderea relației și separare.
- Caracterul rigid stabilește relații destul de apropiate, dar rămâne „în gardă”, în ciuda aparenței de intimitate și angajare.

##### Iluziile compensatorii

- Caracterul schizoid: compensarea la a fi

rejectat este să se vadă pe sine ca fiind superior, special, neapartenând părinților săi, adoptat, „un prinz în dizgrație”.

• **Caracterul oral:** compensarea la lipsă și deficit este să se vadă pe sine în centrul atenției, plin de energie și sentimente. Există momente când iluzia trece în act, iar el devine excitat și volubil, exteriorizând un flux impresionant de idei și sentimente. Dar, cum structuriile orale îi lipsește necesarul de energie, aceste episoade sfârșesc în depresie.

• **Caracterul psihopat:** compensarea la a fi neajutorat și lipsit de putere, în mâinile unui părinte seductiv și manipulativ, este iluzia că ar fi posesorul unei puteri secrete. Când tipul psihopat primește într-adevar putere, și nu rareori se întâmplă, se poate ajunge la o situație periculoasă, pentru că el nu poate diferenția între puterea reală și cea imaginată. Puterea poate fi folosită nu în sens constructiv, ci pentru a alimenta o imagine hipertrofiată a Eului.

• **Caracterul masochist:** compensarea la a se simți vinovat și inferior este iluzia că ar fi mai competent decât ceilalți și superior lor. Este tipică explicarea eșecurilor prin propoziții de genul „nu am încercat din răputeri”, ceea ce înseamnă că, dacă ar fi vrut într-adevar, ar fi reușit fără îndoială.

• **Caracterul rigid:** compensarea la frustrarea erotică este să se vadă pe sine ca pe o persoană iubitoare, a cărei dragoste nu este apreciată. Tipul rigid este o persoană care iubeste, dar nu-și exprimă deschis iubirea, de teamă să nu fie trădat în sentimentele sale. Iubirea stă ascunsă, sub control, el însă nu se vede pe sine ca atare.

### 3. Terapia Bioenergetică

#### Obiectivul terapiei

Bioenergetica urmărește să-l facă pe om să funcționeze plenar, la nivelul întregului său potențial energetic, astfel încât să se poată exprima pe sine într-un mod creator, să se simtă viu și să experimenteze plăcerea. Funcționarea sub propriul potențial echivalează cu o moarte parțială, în sensul că, anumite părți din propria ființă, datorită blocajelor, nu ajung să

se exprime niciodată. Stagnarea în această condiție va genera un individ incapabil să se exprime pe sine și înapoi pentru plăcere.

Orice persoană nevrotică, trăiește, într-o măsură mai mare sau mai mică, în afara lumii; prin urmare, unul dintre scopurile terapiei va fi amplificarea contactului cu lumea. Însă, pentru a putea intra în contact cu lumea, persoana trebuie să stabilească mai întâi un bun contact cu sine. Cum zona de contact cu lumea a oricărei ființe este corpul, relația cu el devine esențială. A munci, pentru a intra în relație cu propriul corp, este o idee care contrazice simțul comun, datorită obișnuinței de a crede că el ne aparține. Așa este; însă, în măsura în care trăim ca ființe fragmentate, o cerință esențială este reintegrarea lui.

Majoritatea exercițiilor bioenergetice au drept scop înlăturarea sau reducerea blocajelor ce împiedică asimilarea experienței. Atâta timp cât energia individului este fie blocată în trecutul său infantil, fie orientată către un viitor compensator, populat cu scopuri nerealiste, el va rămâne suspendat, în afara prezentului și a realității. Analiza bioenergetică urmărește să elibereze această energie și, făcând-o disponibilă pentru „acum și aici”, să redeclanșeze procesul creșterii. „Mulți oameni vin la terapie pentru că simt cum creșterea lor s-a împotmolit”, spune Lowen, iar cu altă ocazie adaugă: „fericirea este conștiința creșterii.”

#### Nivelele terapiei

Analistul bioenergetician lucrează simultan la două nivele: nivelul energetic (lucrul cu corpul) și nivel verbal (munca analitică).

(a) Lucrul cu corpul are drept scop restabilirea balanței energetice, adică a echilibrului dintre încărcare și descărcare. Încărcarea cu energie se obține, în principal, prin tehnici sau exerciții care provoacă o respirație completă și profundă; cantitatea de oxigen din corp crescând, nivelul energiei crește. La fel ca în terapia reichiiană sau în yoga orientală, respirația este de o importanță centrală în bioenergetică. Descărcarea energiei presupune înlăturarea blocajelor exprimate sub forma tensiunilor musculare cronice, prin contact, presiune fizică și exerciții. Eliberarea emoțiilor reprimite, de obicei prin strigăt sau plâns, se alătură

în mod natural. Când încărcarea și descărcarea funcționează ca o unitate, curgerea liberă a fluxului de energie și senzații în corp este restabilă. „O persoană se exprimă pe sine prin acțiuni și mișcări. Când exprimarea este liberă, ea trăiește satisfacție și plăcere, datorită descărcării energiei. Plăcerea stimulează organismul să-și crească activitatea metabolică; această creștere se reflectă imediat în profunzimea și totalitatea respirației. În prezența plăcerii, activitățile involuntare ritmice ale organismului funcționează la un nivel optim.”

(b) Secvența analitică a terapiei bioenergetice constă în ascultarea istoriei pacientului, în „citirea” ei așa cum este întipărită la nivelul corpului, importantă fiind, ca și pentru psihanaliză, istoria timpurie. Scopul muncii analitice este identificarea conflictelor inconștiente de natură infantilă și integrarea zonelor reprimite ale personalității, alienate față de Ego. De câte ori un astfel de conflict intern, cu rădăcini adânci în copilărie, este rezolvat, nivelul energetic al organismului crește, ca urmare a disponibilizării energiei folosite până în acel moment pentru mecanismele de apărare (simpla creștere a energiei, prin respirație, este insuficientă; în depresie, spre exemplu, miezul problemei îl constituie inabilitatea persoanei de a menține acest nivel crescut, prin ea însăși). Mulți adulți sunt împiedicați să trăiască momentul prezent și limitați să se exprime, datorită conflictelor între nevoile infantile rămase nesatisfăcute și cerințele vieții adulte. Un astfel de conflict este între solicitarea vârstei adulte de a fi independent și dorința inconștientă de a fi sprijinit și îngrijit. Acest amestec se va regăsi în comportament, dar se va reflecta și la nivelul corpului. Astfel, persoana poate manifesta o independență exagerată, alături de teama de a sta singură și incapacitatea de a lua decizii. Aspectele infantile ale corpului pot să apară ca mâini mici, picioare subțiri, incapabile să susțină trunchiul, musculatură subdezvoltată, lipsită de potențialul agresiv necesar îndeplinirii dorințelor și scopurilor. Un alt conflict poate fi între dorința de joc a copilului și realismul adultului. La suprafață persoana apare serioasă, adesea rigidă, muncind din greu și moralizatoare.

Când cenzurile cad, ea devine copilăroasă. Situația este și mai evidentă la cei care beau. La nivel corporal, amestecul se reflectă într-o expresie dură, contractată, reținută și îmbătrânită, alături de care este afișată, din când în când, o expresie de băiețandru zâmbind cu gura până la urechi și sugerând imaturitatea.

Genul de conflicte menționate mai sus apar atunci când o nevoie, care este naturală pentru o anumită etapă de vârstă, nu este pe deplin exprimată și satisfăcută la acea vârstă. Suprimarea dorințelor infantile nu le elimină pe acestea decât din conștiință, ele rămânând active la nivelele subterane ale psihismului. Pe măsură ce organismul crește, noi nivele se adaugă personalității, odată cu fiecare etapă de vârstă, care aduce cu sine experiența sa specifică, așa cum apare mai jos:

Copil mic	: dragoste și plăcere
Copil	: creativitate și imaginație
Băiat/fată	: joc și distracție
Tânăr	: romantism și aventură
Adult	: realitate și responsabilitate

Creșterea înseamnă, de fapt, o expansiune a conștiinței, în sensul că fiecare nivel reprezintă o nouă conștiință a sinelui, a potențialităților sale și a relațiilor sale cu lumea. Nivele nu se exclud, ci se adaugă, fiecare rămânând viu și funcțional în adult. Atunci când accesul este liber la toate nivelele, personalitatea este integrată și liberă de conflict. Atunci când, la anumite nivele, accesul este blocat, datorită reprimării experienței, personalitatea se află în conflict și este, prin urmare, limitată. Experiențele care definesc fiecare etapă de vârstă, dacă nu sunt integrate, vor rămâne separate și încapsulate, ca niște corpuri străine, alienate față de Eu. „Un adult sănătos este un nou-născut, un copil, un băiat sau o fată și un tânăr. Simțul realității și responsabilitatea, pe care le posedă, includ nevoia și dorința de apropiere și dragoste, abilitatea de a fi creativ, libertatea de a se distra și spiritul de aventură. El este o ființă umană integrată și pe deplin conștientă.” (Lowen, 1975)

#### 4. Exemple și Aplicații

Un Exercițiu Bioenergetic: Căderea (Al. Lowen, Bioenergetics, 1975, pag. 203-206)



„Mai întâi, permiteți-mi să spun că acest exercițiu, pe care îl găsesc foarte eficient, reprezintă doar unul dintre procedeele de mobilizare a corpului folosite în bioenergetică.

Întind o pătură groasă sau o saltea pe podea și îmi rog pacientul să stea în fața ei, astfel încât, dacă se întâmplă să cadă, să aterizeze pe ea. Nu există posibilitatea ca persoana să se rănească în acest exercițiu și nimeni nu s-a rănit vreodată. Cum persoana stă în fața mea, încerc să-mi fac o impresie despre atitudinea sa, despre modul în care se ține sau despre modul în care stă în lume. Pentru această evaluare sunt necesare: îndemânare în a citi limbajul corpului, experiență cu oameni diferiți și o bună imaginație. Ajuns în acest punct, în general, am deja câteva cunoștințe despre persoană - despre problemele și istoria ei. Dacă încă nu mi-am făcut o impresie clară despre atitudinea persoanei, contez că exercițiul însuși o va dezvălui.

Pacientul este apoi rugat să-și lase toată greutatea pe un singur picior, îndoindu-și complet acel genunchi. Celălalt picior atinge ușor podeaua și este folosit numai pentru menținerea echilibrului. Instrucțiunile sunt foarte simple. Persoana trebuie să stea în aceeași poziție până când va cădea, dar nu trebuie să se lase să cadă. A ne lăsa să cădem conștient nu este o cădere, pentru că persoana controlează coborârea. Pentru a fi eficientă, căderea trebuie să aibă un caracter involuntar. Dacă mintea este ocupată cu menținerea poziției, căderea va reprezenta o eliberare a corpului de sub controlul conștient. Cum cei mai mulți oameni se tem să-și piardă controlul corpului, aceasta provoacă, în sine, anxietate.

Într-un anume sens, acest exercițiu este asemănător cu un koan Zen în care eul sau voința sunt provocate până în punctul în care renunță la putere. Cineva nu poate sta în această poziție la infinit, totuși el este obligat să-și folosească voința pentru a nu se lăsa să cadă. În final, voința trebuie să cedeze, dar nu printr-un act voluntar, ci prin intervenția unei forțe superioare a naturii, în acest caz gravitația. Persoana învață astfel că a se încredința forțelor superioare ale naturii nu are un efect distructiv și, prin urmare, ea nu trebuie să-și folosească permanent voința pentru a se lupta

cu aceste forțe. Indiferent de originea sa, orice rezistență reprezintă, în prezent, folosirea inconștientă a voinței împotriva forțelor naturale ale vieții.

Scopul acestui exercițiu este de a dezvălui iluziile care țin o persoană suspendată și îi creează anxietatea de cădere. El probează contactul persoanei cu realitatea. De exemplu, o tânără femeie, stând în fața păturii și uitându-se la ea, spunea că se simte la o milă înălțime, în aer, uitându-se la o câmpie. Căderea de la asemenea înălțime ar fi fost o experiență înspăimântătoare și se temea de asta. Apoi, când în cele din urmă a căzut cu un țipăt pe pătură, a trăit o senzație de ușurare și eliberare. Solul se afla la mică distanță. I-am cerut să repete exercițiul folosindu-și celălalt picior și, de data aceasta, nu s-a mai simțit atât de departe de sol.

Oamenii au viziuni diferite când se uită la pătură. Unii vad un teren stâncos de care se vor sfărâma dacă vor cădea. Alții văd o apă în care vor plonja. Și căderea și apa sunt semnificative ca simboluri sexuale. Alții văd fața cuiva, își văd fie tatăl, fie mama. Pentru acești oameni căderea reprezintă un abandon sau o încredințare în brațele parinților.

Acest exercițiu devine mai eficient dacă persoana își lasă corpul să se strângă în timp ce stă într-un picior. Ea este încurajată să aplece pieptul și să respire încet pentru a lăsa sentimentele să se dezvolte. De asemenea, îi cer să spună: „O să cad! Cad!” pentru că este ceea ce tocmai se întâmplă. La început, când spune aceste cuvinte, vocea nu are o încărcătură emoțională. Dar, pe măsură ce suferința crește și perspectiva căderii devine clară, vocea se poate ridica și reflecta frica.

Nu rareori persoana exclamă spontan, „Nu cad! Nu o să cad!” Aceasta este spusă cu hotărâre, uneori cu pumnii strânși. Străduința se exprimă în seriozitate. Atunci întreb persoana, „Ce înseamnă căderea pentru tine?” Adesea răspunsul este „slăbiciune.” Și, „Nu cad! Nu o să cad!” O tânără femeie se străduia dramatic, trecând prin acest exercițiu de patru ori, de două ori pe fiecare picior. Acestea sunt cuvintele ei:

Prima dată: „Nu o să cad!”

„Nu o să cad!”

„Întotdeauna am căzut!” și cu această remarcă ea cade și începe să plângă.

A doua oară: „Nu o să cad!”

„Nu o să cad!”

„Întotdeauna cad! Întotdeauna voi cădea!” Din nou cade și plânge.

A treia oară: „Dar nu vreau să cad! Nu trebuie să cad! Ar trebui să pot sta sus pentru totdeauna!”

„Nu pot să stau pentru totdeauna. Dar nu pot!” Și cu această remarcă ea cade și începe să plângă.

A patra oară: „Nu o să cad!”

„De fiecare dată când încerc, cad!”

„Nu mai încerc!”

„Dar trebuie să încerc!”

De ce trebuie să sfârșească mereu în eșec? Am întrebat-o ce încearcă să îndeplinească. Răspunsul ei a fost: „Să fiu așa cum ceilalți așteaptă de la mine să fiu.” Aceasta este o sarcină imposibilă, asemănătoare cu a sta sus pentru totdeauna. Dacă cineva își asumă o asemenea sarcină, el este sortit să cadă, pentru că nimeni nu poate fi un altul decât este. Nici un corp (nimeni, no body în textul original) nu ar continua o strădanie atât de lipsită de sens, care consumă atât de multă energie vitală - dacă nu s-ar lăsa condus de Eu (în termenii freudieni, de Supraeu). Pentru a înlătura această tiranie și pentru se elibera pe sine de irealitatea scopului și de iluzia că ar putea fi realizat, persoana trebuie să devină cu durere conștientă de imposibilitatea sa. Este ceea ce exercițiul intenționează să facă și ceea ce eventual s-a și întâmplat.

Fiecare pacient este angajat într-o luptă nevrotică pentru a fi diferit de ceea ce este, pentru că cel care este s-a dovedit inacceptabil părinților săi. Când o persoană începe terapia, speranța sa este că terapeutul îl va ajuta să-și atingă acest țel. Este adevărat că el are nevoie să facă unele schimbări în personalitatea sa, dar direcția schimbării este către conștiința de sine și acceptarea de sine, nu spre realizarea unei imagini. Direcția este în jos, spre pământ și realitate. Dar atâta timp cât persoana este angajată într-o luptă nevrotică pentru a realiza dorințele celorlalți ea rămâne agățată (suspendată) de conflictele copilăriei sale.

Nu există nici o cale de ieșire din această luptă decât eliberarea.” (Lowen, 1975, pag. 203 - 206)

După ce un pacient a trecut prin exercițiul de cădere, corpul său este mult mai liber. În general, tehnica mea este să-l las să-și exerseze respirația aplecat peste un scaun. Adesea respirația capătă un caracter involuntar mai accentuat, în urma acestui exercițiu, cu producerea unui tremur al corpului care poate evolua în hohote de plâns și strigăte. Persoana este întotdeauna încurajată să continue aceste mișcări involuntare, pentru că ele reprezintă efortul spontan al corpului de a se elibera de tensiuni.

**Exercițiu bioenergetic: Ridicarea** (Lowen, 1975, pag. 210 - 212)

„În multe cazuri, în continuarea exercițiului Căderea, facem exercițiul Ridicarea. Am auzit mulți pacienți exprimându-și teama că dacă vor cădea nu vor mai fi în stare să se ridice. Ei știau, desigur, că s-ar fi putut trage pe ei înșiși în sus, printr-un efort al voinței. Ce-i făcea să nu fie siguri că vor putea să se ridice? Ridicarea este asemeni creșterii. O plantă, de exemplu, se ridică din pământ, ea nu se trage pe sine în sus. La ridicare, forțele vin de jos, la tragere forțele vin de sus. Exemplul clasic de ridicare este al rachetei care se înalță direct proporțional cu energia care se descarcă în jos. Mersul obișnuit aparține acestei categorii de mișcare, pentru că odată cu fiecare pas făcut în față, exercităm o presiune în jos, pe sol, care răspunde presiunii, împingându-ne înainte. Principiul fizic implicat este acțiune-reacție.

În exercițiul de ridicare, persoana stă cu ambii genunchi pe o pătură îndoită pe podea. Gambele sunt întinse în spate. Apoi, pune un picior înainte și se apleacă, astfel încât o parte din greutate este mutată pe acel picior. Îi cer să-și simtă piciorul pe podea și să se balanseze înainte și înapoi pe el, pentru a amplifica ceea ce simte. În continuare, se ridică încet și își lasă toată greutatea pe piciorul îndoit înainte. Acum, dacă împinge în jos suficient de puternic, pe acel picior, va constata că se ridică.

Dacă exercițiul este făcut corect, cineva poate realmente simți cum o forță pornită din



pământ se mișcă în sus prin corpul său, împingându-l de jos în sus. Oricum, nu este un exercițiu ușor de făcut, și mulți oameni trebuie să se tragă puțin în sus, pentru a ajuta procesul. Odată cu practica el devine mai ușor și persoana învață cum să își conducă energia în jos prin picior astfel încât să se ridice de la sine. În general exercițiul se face de două ori pentru fiecare picior pentru a dezvolta senzația de presiune pe sol și ridicare.

Oamenii grași au o dificultate particulară cu acest exercițiu. I-am văzut încercând să se ridice, dar căzând înapoi ca niste bebeluși. Este ca și cum și-ar fi pierdut capacitatea de a se ridica și s-ar fi resemnat psihologic la un nivel infantil, la care hrana, mai degrabă decât alergarea și joaca, sunt interesul și satisfacția majore. Am văzut astfel de oameni ca și cum ar fi funcționat la două nivele simultan: un nivel adult, unde voința era forța care-i dădea posibilitatea să se ridice și să se miște, și un nivel infantil, în care mâncarea și sentimentul neajutorării (în special referitor la mâncare) erau caracteristice.

Ridicarea și căderea constituie o pereche de funcții opuse, care nu există una fără cealaltă. Dacă cineva nu poate să cadă, el nu poate nici să se ridice. Acest lucru devine clar în cazul

somnului, atunci când vorbim despre căderea într-un somn adânc și scularea de dimineață. În locul funcțiilor naturale de cădere și sculare, oamenii care își folosesc voința se lasă să se ducă în jos și se trag pe ei înșiși în sus (prin efort voluntar). Dacă voința nu este mobilizată, de exemplu, în situația trezităului de dimineață, asemenea indivizi vor avea mari dificultăți să se scoale din pat. Legată de această problemă este teama de cădere, manifestată prin incapacitatea de a te duce în pat devreme și a cădea ușor în somn. Drept rezultat, asemenea oameni sunt obosiți dimineața, lipsiți de energie și nu se pot scula ușor." (Lowen, 1975, pag. 210 - 212)

„Creșterea este un proces natural: nu noi o facem să se întâmple. Este o lege comună pentru tot ce este viu. Un arbore, spre exemplu, crește în sus numai dacă rădăcinile sale merg adânc în pământ. Iar noi învățăm studiind trecutul. Tot la fel, o persoană poate crește doar întărindu-și rădăcinile înfipite în propriul trecut. Și trecutul unei persoane este corpul său.”

Criteriul unei terapii de succes este ca ea să reușească să declanșeze un proces de creștere în client, care ulterior să continue fără ajutorul terapeutului.

## Capitolul 3

# PSIHOTERAPIA ROGERSIANĂ CENTRATĂ PE PERSOANĂ O EXPERIENȚĂ DE „CREȘTERE” AFECTIVĂ

Adrian Lucea

## CUPRINS

1. Carl Rogers și periplul său existențial	80
2. Premise teoretice în psihoterapia rogersiană	81
2.1. Non-directivitate sau centrare pe client	81
2.2. Concepția rogersiană privind dezvoltarea umană	83
• tendința la actualizare	84
• noțiunea Eu-lui	84
• libertatea experiențială	85
3. Relația terapeutică și tehnici de dialog rogersian	87
4. Personalitatea terapeutului și atributele sale	93
• capacitate empatică	93
• autenticitate sau acord intern	94
• concepția pozitivă și liberală despre om	94
• maturitate emoțională	95
• înțelegerea de sine	96
5. Teoria concisă a terapiei centrate pe persoană	97
5.1 Condițiile procesului terapeutic	97
5.2 Procesul terapeutic	99
5.3 Efectele terapiei asupra personalității și comportamentului	100
6. Exemplificări cazuistice	101
6.1 Strategia de lucru a lui C. Rogers în cazul M. J. Tilden	101
6.2 Exteriorizarea sentimentelor și trăirilor pe o bază reală în relațiile de familie	104
7. Terapia rogersiană de grup (grupul de întâlnire)	110

## 1. Carl Rogers și periplul său existențial

Pornind de la ideea larg răspândită că o teorie este înțeleasă cu atât mai bine cu cât este mai bine cunoscut autorul ei, vom încerca să prezentăm succint contextul cultural și educațional al evoluției lui C. Rogers.

Copilăria sa s-a desfășurat în sânul unei familii numeroase, fericite și strâns unite, unde domnea spiritul muncitoresc și principiile unui protestantism sever. Face în această perioadă o pasiune pentru metodele experimentale ale agriculturii și creșterea animalelor, fapt care-i determină un respect crescut pentru maniera științifică de a aborda unele probleme și de a promova cunoașterea.

În cursul primilor ani universitari consacrați mai ales studiului fizicii și biologiei, înclinația pentru metodele experimentale îi întărește atitudinea pozitivă cu privire la spiritul științific; de asemenea alte ramuri, precum istoria, au contribuit într-o mare măsură la dezvoltarea gustului său pentru munca intelectuală.

Abandonând religia tradiționalistă a familiei sale, aderă la concepții religioase mai moderne. Pleacă la New-York și se înscrie la un institut de studii filozofice și religioase (Union Theological Seminary). Această instituție promova libertatea gândirii și respecta toate eforturile de reflecție sinceră, chiar dacă acest efort ducea la deturnarea individului de la realitate. Aceasta l-a șocat; părăsește instituția și intră la „Teachers College de Columbia University”.

Era epoca în care influența lui John Dewey era la apogeu și a fost inițiat în concepțiile sale prin discipolul său W.H. Kilpatrick.

La „Teachers College” a descoperit de asemenea psihologia clinică prin învățăturile lui Leta Stetter Hollingworth. Petrece apoi un an ca stagiar la „Institut for Child Guidance”, o clinică psihopedagogică din New-York, a cărui personal era de orientare profund freudiană, loc unde se familiarizează cu gândirea psihanalitică. Aici face primii pași de terapeut sub directa îndrumare a lui David Levy și Lawson Lowrey. A fost o perioadă în primul rând fecundă dar cam haotică (lucra la pregătirea

doctoratului); descoperă incompatibilitatea care exista între spiritul înalt speculativ caracteristic la „Institut for Child Guidance” și concepțiile rigurose experimentale și statistice care dominau la Columbia - astfel spus între gândirea lui Freud și cea a lui Thorndike.

Acești ani la New-York au fost urmați de o perioadă de 20 de ani în timpul cărora a fost director la o clinică psihopedagogică din Rochester. Cerințele vremii erau centrate pe aspectul practic al muncii, adică pe rezultatele obținute de specialiști în urma lucrului cu copiii, adolescenții și adulții problemă.

În cursul acestor ani, diverși membri ai clinicii au introdus vederile psihanaliste a lui Otto Rank și ale grupului de psihiatri și de asistenți sociali cunoscuți în S.U.A. sub numele de „Școala de la Philadelphia”. Deși contactele lui Rogers, personale, cu Rank s-au limitat la 3 zile de studiu organizate la clinică, concepțiile sale au exercitat o influență profundă asupra gândirii sale, ca de altfel asupra întregului personal de la clinică. Mai precis, vederile lui Rank au dus la cristalizarea anumitor concepții teoretice care existau la Rogers în stadiul de schiță de proiect (după cum mărturisește autorul). Această întâlnire cu Rank coincidea cu perioada în care „eu simțeam că devin mai complet, mai eficace ca terapeut și începeam să întrevăd o anumită ordine în procesul terapeutic. Și din acest moment această ordine mi-a apărut inerentă experienței terapeutice. Adică, contrar anumitor teorii psihanalitice — ale căror enunțuri se limitau la a măsura sursa de experiență - această ordine nu era străină experienței, ea nu venea impusă din afară”. (C. ROGERS).

Puțin după acest progres al gândirii sale, i se oferă o catedră de psihologie clinică la Ohio State University, unde se găsește confruntat cu o situație foarte nouă: descoperă spre marea sa surprindere că principiile terapeutice pe care le elaborase și care îl ghidaseră mai mult sau mai puțin implicit la Rochester, erau departe de a fi evidente tinerilor clinicieni - studenți și colegi. Realizează că, concepțiile sale privind psihoterapia aveau o turnură mult prea independentă și personală, și că, gândirea sa de clinician avea o tentă ce contrazicea considerabil gândirea (principiile) statuată(e) la acea vreme.

Rogers mărturisește: „Până în acest moment am trăit sub impresia că ideile și principiile mele de terapeut reprezentau un simplu efort de elucidare a principiilor care ghidaseră «toți terapeuții»”.

După 1940 intră la Universitatea din Chicago unde petrece 10 ani, timp în care pune pe picioare programe de cercetare largite (de învățare, de training, de administrare) prin participarea studenților și din alte domenii decât cel al psihologiei clinice (pedagogie, sociologie, psihologie industrială).

Începând cu anul 1928, în timpul vacanțelor, între 15 și 20 de ore pe săptămână, începe să asiste numeroase persoane în eforturile lor de asanare și de dezvoltare (creștere) psihică, persoane care mai mult decât oricare altă sursă au stimulat eforturile sale atât teoretice cât și practice care au dus la înțelegerea fenomenului terapeutic, structurii personalității și fenomenelor conexe.

Înainte de a prezenta teoria sa se impune să citez una din atitudinile și concepțiile fundamentale de care Rogers a ținut îndeosebi cont în evaluarea teoriilor sale, și anume: credința sa fermă (neclintită) în înțietatea de ordin subiectiv: „Omul trăiește esențialmente într-o lume subiectivă și personală. Activitățile sale, chiar și cele mai înalte obiective - eforturile sale științifice, cantitative, matematice etc. — reprezintă expresia scopurilor subiective și lucrurilor subiective.”

În concluzie, deși mă îndoiesc de posibilitatea că există un adevăr subiectiv, în aceeași măsură cred că nu voi putea niciodată să ajung la cunoașterea totală. Este vorba că ceea ce se consideră în general drept «Cunoașterea științifică» nu există. Nu există decât percepții individuale a ceea ce se manifestă la fiecare dintre noi, ca reprezentând acest domeniu de cunoaștere” (CARL ROGERS).

## 2. Premise teoretice în psihoterapia rogersiană

### 2.1. „Nondirectivitate” sau „centrare pe persoană”

Psihoterapia centrată pe client se înscrie în

curentul orientărilor psihoterapeutice experiențialiste; apărută inițial sub denumirea de psihoterapie non-directivă, contrazicea considerabil principiile statuate la acea vreme, constituind un adevărat șoc ideologic, căci ideea unui tratament psihoterapeutic „lipsit de direcții”, de diagnostice și interpretări, a afectat presiunea sangvină a unor practicieni „conștiincioși”, revoltați de lipsa de competență și responsabilitate profesională a unei asemenea formule. Și aceasta, deoarece ideea de «non-direcție» pare atât de simplă și atât de ușor de îmbogățit prin imaginație, încât la prima vedere nu se pretează la alte comentarii.

Deoarece se pare că există un curios decalaj între cunoașterea și înțelegerea terapiei rogersiene (lucru observat de Rogers chiar în mediile profesionale americane), vom prezenta un anumit număr de factori care par să favorizeze fixarea terapiei rogersiene numai la nivelul non-direktiv și implicit, prin aceasta vom insista asupra a două concepte larg vehiculate «non-directivitate» și «centrare pe client» „Symbol” client-centered. Înainte de toate, este incontestabil că un termen ca «non-directivitate» nu are aliura unui program. De asemenea, profesionistul ramurii, convins că psihoterapia nu are deloc secrete pentru el, își imaginează cu ușurință că singurul cuvânt al acestui demers îl informează cu tot ce este util să știe despre acest lucru. Dacă termenul îi sugerează lucruri care vin în concordanță cu părerile sale personale, nu ezită să se declare partizan al concepțiilor non-directive. În caz contrar, nu ezită mai mult să declare că psihoterapia non-directivă nu este o adevărată psihoterapie, că ea nu se potrivește decât cazurilor foarte benigne etc. Mai mult, ideea de «non-direcție» se referă îndeaproape la structura obișnuințelor mentale și sociale, a convingerilor, a dorințelor mărturisite și nemărturisite a celor mai mulți dintre noi.

În domeniul relațiilor umane, nevoia de a domina, și sub forme deghizate nevoia de a fi dominat, înving de departe nevoile de a se elibera și de a fi liber. Schimbările cerute de concepțiile lui Rogers merg deci, într-o măsură variabilă, împotriva nevoilor majorității oamenilor - aceasta cel puțin în stadiul actual al evoluției umane. Această ultimă restricție este

evident importantă. Fără ea, afirmația care precede - și anume frica de adevărata libertate - ar implica o concepție a omului direct contrară aceleia care se află la baza demersului rogersian. Într-adevăr, în timp ce nevoile de dependență și de independență se dovedesc amândouă profund înrădăcinate, istoria omului pare să demonstreze suficient că nevoia de independență manifestă o capacitate de creștere care, oricât de lentă și neregulată ar fi, nu încetează să opereze.

Cât despre aplicabilitatea principiilor rogersiene la relațiile umane în general, majoritatea oamenilor par incapabili să conceapă posibilitatea.

Majoritatea contemporanilor noștri, chiar occidentali, chiar partizani ai ideologiilor liberale și democratice, au o concepție esențialmente ierarhică a relațiilor interpersonale, o concepție bazată pe raporturile de superioritate-inferioritate, de ascendent-supunere, de autoritate-subordonare. Desigur, aceste cuvinte cu încărcătură emoțională sunt cu siguranță tabu, atitudinile care corespund, subzistă sub etichete acceptabile: „competență” sau „responsabilitate”. Adesea „responsabilitatea” maschează pe de o parte, nevoile de ascendent și de dominare a celui care o exercită și, pe de altă parte, tendințele la dependență și la cel mai mic efort al celui care este obiectul acestei responsabilități. Toate acestea se efectuează într-o manieră, fără îndoială, larg inconștientă și într-o cultură încă bazată pe dreptul celui mai puternic. Mergând mai departe și referindu-ne la interacțiunea directă client-terapeut, s-a dovedit că unii dintre clinicieni, practicând psihoterapia într-o manieră practic identică cu cea a lui Rogers («non-directiv»), nu obțineau rezultate comparabile. Din analiza interviurilor și din discuțiile în grup, a rezultat că cei care eșuau în eforturile lor de terapeuti non-directivi aplicau noua metodă fără vreo angajare personală. Se comportau în maniera unui „ecran neutru” - noțiune psihanalitică a rolului terapeutului, în vogă în epocă. Comportamentul lor non-directiv era numai de circumstanță. Era un rol, nimic mai mult. Acest rol îl adoptau pur și simplu pentru că era practicat, aparent cu succes, de colegii sau profesorii lor. Nu s-au gândit niciodată la atitudinile și

convingerile subiacente acestui gen de comportament; s-a dovedit chiar că unii din acești terapeuti pseudo-non-directivi întrețineau opinii de-a dreptul contrarii celor care s-au dovedit, după aceea, ca fiind indispensabile unei practici fecunde acestui demers.

Observații de acest gen, l-au condus (determinat) pe Rogers să concluzioneze că ceea ce contează, în această psihoterapie, nu este absența directivelor, ci prezența la terapeut a unor atitudini vis-a-vis de client și a unei anumite concepții asupra relațiilor umane. Altfel spus, el a ajuns să înțeleagă că esența demersului său nu constă atât într-o manieră de acțiune, cât într-o nouă manieră de fi. Dacă comportamentul terapeutului nu va fi expresia anumitor atitudini și convingeri profund înrădăcinate în personalitatea sa, el nu va reuși să declanșeze la client genul de proces numit „actualizare de sine” sau „creștere (dezvoltare) personală”. Deși aceste aspecte vor fi prezente în paginile ce urmează, le-am menționat aici numai pentru a elucida semnificația fenomenului «client-centered» (centrare pe client), care în urma dezvoltărilor ulterioare, vine să înlocuiască termenul de «non-directiv».

Pentru ca procesul terapeutic să fie fecund, trebuie ca el să se efectueze în funcție de experiența clientului, nu în funcție de teoriile și principiile străine acestei experiențe. Pentru ca terapeutul să fie eficient, trebuie ca el să adopte, vis-a-vis de clientul său, o atitudine empatică; trebuie să se străduiască să se cufunde cu clientul, în lumea subiectivă a acestuia. Clientul trebuie să fie centrul întreprinderii, nu numai în sensul că el este beneficiarul, ci într-un sens mai intrinsec. Înțelegerea experienței sale personale trebuie să servească drept ghid și criteriu în procesul de reorganizare a atitudinilor sale și în conduita ulterioară a vieții sale. De aici termenul de «client-centered», indicativ al curentului ideocratic al procesului, adică a înrădăcinării sale în experiența trăită de client.

De asemenea, se mai vehiculează adesea ideea că, „cu anumite subiecte sau în anumite momente, nu este nimic mai bun de făcut decât să te dovedești strict nondirectiv”, implicația fiind că subiectul se dovedește intratabil. Fără îndoială, noțiunea de «non-direcție»

care este la baza opiniilor de acest gen, este cea de *laisser-faire*. Nu poate fi împiedicată întrebarea dacă cei care susțin aceasta își dau seama de faptul că, comportamentul clientului în timpul interviului este determinat într-o largă măsură, de cel al terapeutului. De altfel, ceea ce-l califică ca „intratabil” este, poate, singurul fundament pe care se poate edifica autodeterminarea care este scopul terapiei. Din punct de vedere extern, nondirecția și neintervenția (*laisser-faire*) se aseamănă incontestabil. Dar în intenția și specificitatea lor, cei doi termeni n-au nimic în comun. «Non-direcția», așa cum se înțelege prin intermediul opiniei lui Rogers, este inspirată de o atitudine necondițional pozitivă, în timp ce neintervenția (*laisser-faire*) se reduce esențialmente la indiferență, respectiv la o toleranță vecină cu disprețul. Ori, într-o relație care se afișează ca fiind pătrunsă de respect, de înțelegere și de căldură (caracteristică reclamată actualmente de toate metodele terapeutice fără excepție), atitudinea de „*laisser-faire*” nu este atât de inofensivă pe cât cred cei care o aplică. Clientul recunoaște caracterul negativ, în mod tacit critic și defensiv al acestei atitudini. O asemenea experiență este nu numai penibilă pentru cel care se așteaptă să găsească la terapeut primirea pe care este incapabil să o descopere în altă parte, dar ea întărește atitudinea de ambivalență și disperare care îl subminează (distruge). Clientul reacționează fie părăsind inteprinderea terapeutică, fie refuzând în mod tacit să se angajeze într-un efort - temporar stângaci, dar potențial fecund - de autodeterminare. Cât despre procesul de alternanță de faze de intervenție și *laisser-faire*, confuzia și oscilațiile emoționale pe care trebuie să le provoace la client par cel mai puțin terapeutic.

Este adevărat că rolul terapeutului nondirectiv se descrie adesea ca „inactiv”. Totuși, se cuvine a se înțelege acest termen într-o măsură oarecum orientală, însemnând nu absența de activitate, ci absență de activitate intervențională. De altfel, terapeutul rogersian „inactiv” este intens angajat în procesul de redresare, dar se ferește cu grijă să deranjeze dezvoltarea inerentă, străduindu-se să o faciliteze. Acum, această terapie poate fi caracterizată ca fiind un proces de „cataliză” în opoziție cu noțiunea de analiză.

În opinia și practica lui Rogers «non-direcția» se reduce esențialmente la abținerea de la judecată evaluantă, nu la absența funcției de judecată; orice activitate coerentă cere folosirea constantă a acestei funcții. De altfel, a înțelege înseamnă a judeca - dacă nu calitatea cel puțin existența unui lucru sau a unui eveniment dat. Rațiunea despre care este vorba aici se referă la calitatea adevărată sau falsă, bună sau rea, lăudabilă sau condamnată, realistă sau iluzorie a ceea ce clientul raportează.

## 2.2. Concepția rogersiană privind dezvoltarea umană

În acest moment, fiind clarificate noțiunile care împiedică o înțelegere adecvată a terapiei rogersiene, putem intra în miezul problemei.

În exprimarea cea mai simplă, ideea principală a acestei concepții terapeutice este capacitatea individului, ea mai explicit traducându-se: ființa umană are capacitatea, latentă dacă nu manifestă, de a se înțelege pe ea însăși și de a-și rezolva problemele suficient pentru satisfacerea și eficacitatea necesară funcționării adecvate; de adăugat că are de asemenea o tendință să exerseze această capacitate; ca potențiale, această capacitate și această tendință sunt inerente oricărui om. Exercițarea acestei capacități reclamă un context de relații umane pozitive, favorabile conversației și ridicării „eului”; altfel spus, ea reclamă relații lipsite de amenințare sau de sfidare (provocare) cu ideea că subiectul se ameliorează el însuși.

Împreună, aceste două propuneri („tendința” și „capacitatea”) rezumă ceea ce se raportează la această terapie, orice ipoteză, orice afirmație și orice practică.

• **Capacitatea** nu are nimic specializat, nimic special; nu este vreo aptitudine sau trăsătură specifică, ci un mod de funcționare caracteristic și eminamente uman. Acest mod este bazat pe capacitatea de cunoaștere reflexivă, adică pe capacitatea, nu numai de a ști, ci de a ști că știi. Cunoașterea reflexivă face posibilă autoevaluarea și autocorecția, operațiuni fundamentale ale capacității în chestiune.

De remarcat că nu este vorba de o capacitate de înțelegere completă și foarte corectă ci de un grad de înțelegere, imperfect, fără



îndoială, dar suficient fiecărui pas al procesului de adaptare și integrare care este existența umană: este o înțelegere activă, într-un fel vitală, orientată nu spre conceptualizare, ci spre acțiune. Cât despre capacitatea individului de a-și rezolva problemele, este vorba de soluții ad-hoc care permit o continuare fecundă a procesului neîncetat de soluționare de probleme, care este dezvoltarea spre maturitate. Să notăm că scopul spre care această capacitate se orientează este formulat nu în termeni de noroc ci în termeni de „funcționare adecvată”, constructivă, satisfăcătoare în ansamblu și, lucru esențial: realizabil oricare ar fi contingentele (raporturile) mediului (în așa măsură încât aceste contingente să nu reprezinte violări manifeste și persistente ale condițiilor de viață umană).

Dintr-un punct de vedere mai specializat, capacitatea individului este manifestarea psihologică a ceea ce se numește în limbaj mai abstract, tendința la actualizare a organismului.

• **Tendința la actualizare** a organismului este fundamentală. Ea veghează la exersarea tuturor funcțiilor, atât fizice cât și experiențiale; ea vizează în mod constant să dezvolte potențialitățile individului pentru a asigura conversația și „îmbogățirea” sa ținând cont de posibilitățile și limitele mediului. O observație, termenul de îmbogățire este folosit în sensul cel mai general, înglobând tot ceea ce favorizează dezvoltarea (satisfacția sufletească) prin sporirea a tot ce are și a tot ce este individul, prin creșterea importanței sale, a culturii, puterii, fericirii, talentelor, plăcerii, posesiunilor sale și a tot ceea ce amplifică satisfacția rezultată de aici. De altfel, acest termen trebuie înțeles în sens subiectiv!

Ceea ce tendința actualizantă vizează să atingă este ceea ce subiectul percepe ca fiind o ridicare a moralului sau îmbogățire - nu în mod necesar ceea ce este obiectiv sau intrinsec îmbogățire.

Tendința la actualizare a potențialelor organismului, așa cum este concepută în teoria lui Rogers, operează în ordine genetică (dezvoltarea individului) ca și în ordine psihogenetică (dezvoltarea speciei).

Din punct de vedere genetic, ipoteza privind tendința la actualizare a organismului

afirmă că procesul de organizare al experienței este comparabil, în orientarea sa, cu procesul dezvoltării fizice (evoluția spre specimenul adult și sănătos conform legilor genetice specifice speciei). Dacă experiența poate să se organizeze în absența factorilor perturbanți gravi, această organizare - fiind cuprinsă aici expresia sa în comportament - se va efectua în sensul maturității și funcționării adecvate, adică în sensul comportamentului rațional, social, subiectiv, satisfăcător și obiectiv eficace.

Se pune întrebarea: cum se explică atunci fluxul patologiei psihologice și sociale?

Nu trebuie uitat că este fundamentală condiția enunțată mai sus, relativă la eficacitatea actualizării acestei capacități, și anume, un climat uman propice, lipsit de amenințarea „eului” individual; foarte important de remarcat că acest climat uman este de ordin fenomenal, deci subiectiv; individul, tendința sa la actualizare și noțiunea „eului” fac toate parte din lumea fenomenală. De aici rezultă că ceea ce conțene nu este caracterul intrinsec pozitiv al condițiilor, ci percepția acestor condiții de către subiect, lucru valabil și în cazul noțiunii de „eu” (important este „eu” așa cum este perceput de subiect, și nu cum există în realitate).

Ca și tendința la actualizare, noțiunea eului joacă un rol de prim ordin în concepția teoretică a lui Rogers. Una reprezintă ideea principală a teoriei sale asupra terapiei, cealaltă, pivotul teoriei sale asupra personalității.

• **Noțiunea eu-lui** este o structură perceptuală, adică un ansamblu organizat și schimbător al percepțiilor raportându-se la însuși subiectul. Ca exemplu al acestei percepții vom cita: caracteristicile, atributele, calitățile și defectele, capacitățile și limitele, valorile și relațiile pe care subiectul le recunoaște ca descriptive ale lui însuși și pe care le percepe ca dându-i identitate. Această structură perceptuală face evident parte -parte centrală- din structura perceptuală înglobând toate experiențele subiectului din fiecare moment al existenței sale.

După această definiție concisă să vedem rolul „eului”. Eul, făcând parte inerentă din unitatea psihologică totală indicată prin termenul „organism”, rezultă că este subiect al operației(acțiunii) tendinței la actualizare. Conjugarea acestor doi factori - tendința la

actualizare și noțiunea eului- determină comportamentul. Prima reprezintă factorul dinamic, a doua factorul reglator, una furnizează deci energia, cealaltă direcția.

Tendința la actualizare a eului acționează constant și vizează constant conversația și îmbogățirea eului. Adică se opune la tot ce compromite eul în sensul fie al diminuării, fie al devalorizării sau al contradicției. Totuși, succesul sau eficacitatea acestei acțiuni nu depind deloc de situația „reală”, „obiectivă”, ci de situația așa cum o percepe subiectul. Ori subiectul percepe situația în funcție de noțiunea eului său; percepe lumea prin prisma eului său; ceea ce se raportează la eu are tendința să fie perceput în relief și este susceptibil de a fi modificat în funcție de dorințele și neliniștile subiectului; ceea ce nu se raportează la eu are tendința de a fi perceput mai vag sau să fie total neglijat. Așadar, noțiunea eului determină eficacitatea sau lipsa de eficacitate a tendinței actualizante. Eficacitatea tendinței la actualizare a eului depinde de caracterul realist al noțiunii de eu. Noțiunea eului este realistă când există concordanță sau congruență între atributele pe care subiectul crede că le posedă și cele pe care le posedă în realitate. O modalitate de a verifica noțiunea există, desigur nu absolută, dar suficientă pentru nevoile practice. Pentru a verifica caracterul realist al unei percepții oarecare privind noțiunea eului, individul dispune de două surse de criterii. Unul dintre aceste criterii este experiența trăită -sentimente, dorințe, neliniști ale subiectului referitor la obiectul în cauză. Celălalt criteriu constă în dovada pe care o furnizează comportamentul subiectului și prin comportamentul altuia în ceea ce-l privește.

Dacă există congruență între „percepție” și „realitate”, în ce privește noțiunea eului, acțiunea tendinței actualizante va fi adecvat condusă de noțiunea eului și individul va avea toate șansele pentru a-și atinge scopurile pe care și le propune, de asemenea comportamentul său va avea tendința de a asigura menținerea și îmbogățirea eului. În caz negativ, adică acolo unde noțiunea eului comportă lacune și erori, tendința actualizantă va fi prost luminată; ea își va propune scopuri greu de atins dacă nu irealizabile, și - orice alt lucru

fiind la fel- va ajunge la eșec, cu toate frustrările care rezultă și care împiedică buna funcționare.

În concluzie o noțiune a eului realistă este primordială, dar pentru ca aceasta să fie realistă ea trebuie să fie fundamentată pe experiența autentică a subiectului, adică pe ceea ce simte în mod real.

• **Libertatea experiențială** este condiția esențială a acestei fundamentări autentice. Ea se referă în mod esențial la experiență, deci la fenomene interne și constă în faptul că subiectul se simte liber de a recunoaște așa cum înțelege. În alți termeni ea presupune că subiectul nu se simte obligat să-și nege sau să-și deformeze opiniile și atitudinile intime pentru a menține afecțiunea sau aprecierea persoanelor importante pentru el.

Acestă libertate există când subiectul își dă seama de ceea ce-i este permis să exprime (cel puțin verbal): experiența sa, emoțiile și dorințele așa cum le simte și independent de conformitatea lor la normele sociale și morale care guvernează mediul său. Altfel spus, subiectul este psihologic liber când nu se simte obligat să nege sau să deformeze ceea ce simte pentru a păstra, fie afecțiunea sau stima celorlalți care joacă un rol important în „economia” sa internă, fie stima de sine.

Când libertatea experiențială a subiectului este amenințată, acestuia nu-i este permis să simtă sentimentele pe care le simte totuși în mod manifest, sub pedeapsa de a pierde condițiile de care depind actualizarea sa, și anume, afecțiunea sau stima celor care joacă un rol important în viața sa. Neliniștea cauzată de această amenințare îl împinge să-și reprime, mai întâi exteriorizarea, apoi existența sentimentelor sale. Procedeu dovedindu-se „fecund”, adică reprimând condițiile conservării și ridicării moralului eului, tinde să-l adopte ca mod de viață. Totuși, o parte a experienței sale trăite, reale, scăpând cunoașterii sale, controlul comportamentului său îi scapă în aceeași măsură. Din acel moment se produc dezamăgiri și decepții și subiectul devine confuz, dezorientat, pe scurt, nevrotic. Deci, această alienare a subiectului în raport cu experiența trăită este chiar ceea ce constituie personalitatea nevrotică.



Într-o perioadă determinantă, sensibilă dezvoltării sale -nu în mod necesar copilăria- drepturile la perceperea autentică a experienței sale au fost amenințate sau violate. Ceea ce este spectaculos în evoluția acestor persoane este lupta pe care unii dintre ei o duc împotriva condiției lor care poate să-i ridice deasupra omului mediu. Personalitatea lor poate dobândi un relief și o productivitate care lipsește foarte des persoanei „normale”, la care homeostazia psihologică, rar perturbată, poate ajunge (duce) la un echilibru vecin cu stagnarea.

Concluzionând, când tendința actualizantă se poate exersa în condiții favorabile, adică, fără piedici psihologice grave, individul se va dezvoltă în sensul maturității. Percepția despre el însuși, și a mediului său și comportamentul care se articulează pe aceste percepții, se vor modifica constant în sensul unei diferențieri și a unei autonomii crescânde, tipice progresului spre starea de adult. Personalitatea va reprezenta deci actualizarea maximă a potențialităților „organismului”. Mai concret, personalitatea se dezvoltă după un model comparabil dezvoltării fizice care, și ea, este determinată de tendința actualizantă exersându-se la un nivel mai elementar și conducând la diferențierea funcțiilor și organelor caracteristice maturității fizice.

Dacă individul poate „să-și trăiască experiența”, în mod special experiențele care se raportează la „eu”, dacă poate să-și înțeleagă pe deplin sentimentele, gândurile și dorințele, fără a trebui să recurgă la manevre defensive, va fi corespondență între experiența sa reală, trăită și percepțiile sale. Experiențele negative - de ostilitate, de inferioritate, de frică, vor fi reprezentate în conștiință, la fel de ușor și fidel ca experiențele pozitive de securitate, succes, afecțiune. Dacă există corespondență strânsă între experiență și percepție, nu va rezulta decât faptul că, comportamentul va fi adecvat condus, căci este percepția, mai ales percepția „eului”, cea care determină direcția acestuia (atenție, „adecvat” și nu „perfect”). Această direcție internă va fi adecvată nu pentru că omul este „născut bun” sau pentru că este determinat de tendințe de autonomie și de responsabilitate, ci pentru următoarele motive.

Pe măsură ce individul se dezvoltă, suma experiențelor sale crește. Dar nu este numai creștere. În cadrul largirii lumii interioare a nevoilor sale, și a lumii exterioare, a mijloacelor de satisfacere a acestor nevoi, structura experimentală (experiențială) se modifică. Semnificația și importanța subiectivă a anumitor elemente se schimbă. Aceste schimbări se fac în general în sensul unei percepții mai realiste a datelor experienței. Experiența fiind mai bine percepută, ea este mai bine evaluată și, totuși, ea servește mai bine ansamblul nevoilor. Știm că una din nevoile fundamentale ale omului este nevoia de afecțiune și respect din partea semenilor. Ori, pe măsură ce experiența sa crește, subiectul își dă seama că modul cel mai sigur și mai economic de a-și asigura această afecțiune și acest respect constă în a se comporta într-o manieră rezonabilă și socială. Pe scurt, există disponibilitatea experienței ca și îmbogățirea sa progresivă care permite jocul funcțiilor de autoevaluare și autocorecție. Aceste funcții, la rândul lor, conduc comportamentul în sensul maturității personale.

O dată cu îndreptarea individului spre starea adultă, acesta își dă seama de diversitatea și chiar de divergența nevoilor sale fundamentale, biologice, sociale și specific umane. Dacă îi este permis să evalueze măsura de plăcere și profit pe care i-o procură satisfacerea - nu în mod necesar completă, dar echilibrată - a nevoilor sale, comportamentul său va fi, în ansamblu, adecvat, rațional, social și moral. În alți termeni, dacă individul își dă seama de datele experienței sale, el va putea să le supună unui proces - implicit sau explicit - de evaluare, de verificare și, la nevoie, de corecție. Atunci, ținând cont de varietatea nevoilor sale, el va încerca să le satisfacă pe toate, armonizând cât mai bine posibil experiența sa cu comportamentul său; va rezulta de aici, un anumit echilibru. Într-o ultimă analiză, este deci capacitatea ființei umane de a-și da seama de experiența sa, să o evalueze, s-o verifice, s-o corecteze, ceea ce exprimă tendința sa inerentă la dezvoltarea spre maturitate, deci spre autonomie și responsabilitate.

Mersul pozitiv al dezvoltării sale nu este prin urmare efectul unor mecanisme sau agenți

speciali, externi sau interni; este produsul conjugării forțelor interne, pozitive în orientarea lui și a forțelor externe, favorabile actualizării acestor forțe.

Pentru a concluziona, remarcăm că desfășurarea favorabilă și procesele de autoevaluare și autodirecție implicate depind înainte de toate de măsura în care experiența este disponibilă conștiinței. Dacă datele experiențiale importante lipsesc, balanța va fi falsificată și alegerile vor fi inadecvate.

În ceea ce privește individul care a avut norocul să se dezvolte în condiții favorabile, ipoteza care a fost enunțată anterior nu pare să pună probleme (prea) mari. Dar când este vorba de indivizi a căror dezvoltare s-a efectuat în condiții mai puțin favorabile sau net vătmătoare (corupătoare), această concepție pozitivă a dezvoltării umane - și, în consecință, a tratamentului - pare îndoielnică, cel puțin la prima vedere. La individul a cărui funcționare este deranjată, potențialul de autoevaluare și autodirecție este alterat în asemenea măsură încât trebuie să se apeleze la profesionist pentru „a se descurca”? Terapia poate da rezultate la asemenea persoane?

Aceste probleme sunt normale și cu atât mai de înțeles cu cât ipoteza capacității individului antrenează anumite consecințe puțin atrăgătoare pentru omul-terapeut. Dacă se admite că, clientul său este potențial capabil să-și rezolve problemele, rolul profesionistului este - sau pare a fi - pus în discuție.

După concepția tradițională, profesionistul se bucură de prerogativele specialistului (agentului)! Rogersianul recunoaște că această concepție este perfect valabilă în afară de cazul când este vorba de psihoterapie. Aceasta constând în reorganizarea experienței, nu poate fi operată decât de cel care trăiește această experiență, adică clientul. În psihoterapia rogersiană oricât de paradoxal ar fi, subiectul deține în același timp rolurile de agent și de client. Cât despre „practician”, rolul său se limitează la crearea condițiilor favorabile îndeplinirii rolului clientului. În consecință, se abține de la orice activitate intervenționistă ca cea de a explora experiența clientului, de a-l interpreta sau de a ghida clientul în explorările sau interpretările sale.

Această abținere se impune din următorul motiv: autonomia clientului ca persoană. Ori, modalitatea cea mai directă și cea mai sigură de a atinge acest scop, nu este de a vorbi despre el, înseamnă a crea condițiile care să permită clientului să se angajeze direct în practica acestei autonomii - oricât de elementar ar fi, la început, nivelul la care se angajează, autonomia nu se poate dobândi pe calea învățării sau condiționării. Cum spunea foarte bine Rogers, „învățătura ar distruge ucenicia”. Rolul profesionistului în această concepție a terapiei este deci cel de catalizator, de agent care facilitează un proces dat, dar care nu-l determină. (Carl Rogers et G. Marian Kinget, *Psychothérapie et relation humaines; Théorie et pratique de la thérapie non-directive*, Paris 1965, vol. I).

Această „răsturnare” a rolurilor și competențelor care rezultă, provoacă în general un sentiment de scepticism și opoziție. Obiecția majoră se formulează în următorii termeni: „individul este incapabil să înțeleagă dinamica propriei personalități”.

Fără a intra în detalii vom da următorul răspuns aparținând lui Rogers: „în îndeplinirea funcțiilor sale, orice terapie se servește de abstracții (concepte) într-o măsură variabilă și într-o manieră fie implicită, fie explicită. Dar clientul nu are nimic de-a face cu aceste noțiuni teoretice. Domeniul său este realitatea la care el se raportează, adică gândurile sale, sentimentele, atitudinile, conflictele, temerile, nevoile, pe scurt experiența sa trăită”. (Carl Rogers et G. Marian Kinget, op.cit., 1965).

### **3. Relația terapeutică rogersiană și tehnici de dialog**

Până aici n-am tratat decât factorii interni ai redresării personale; prioritatea acordată forțelor de creștere și recuperare se explică prin caracterul specific al teoriei rogersiene centrată pe resursele interne ale clientului. Cât despre locul secundar care, de fapt, revine rolului practicianului și reflectă structura procesului terapeutic, așa cum este conceput de Rogers vom vorbi în cele ce urmează.

Pe de o parte, terapia este un ansamblu de dispoziții și activități care se pretează la observație și înregistrare și care se pot dobândi larg

pe calea învățării; această categorie de condiții se indică în general cu numele de tehnici.

Pe de altă parte, funcțiile terapeutului pun în joc anumiți factori morali și umani care corespund noțiunii de atitudine (tendință constantă în a percepe și a acționa într-un sens determinat, de ex. în sensul toleranței sau al intoleranței, al respectului sau al criticii, al încrederii sau al neîncrederii etc.).

Mai preocupat de factorul uman decât de cel tehnic, practicianul de orientare rogersiană concepe condițiile muncii sale în termeni de atitudine. Atitudinea principală, cea care le conduce pe toate celelalte, este atitudinea de considerare pozitivă necondiționată. Ceea ce este propriu acestei atitudini este - în afara caracterului său necondițional - autenticitatea sa. Într-adevăr, terapeutul trebuie, nu numai să dovedească o asemenea atitudine, el trebuie să o simtă. Pentru a fi terapeutic fecundă, această atitudine trebuie să se ancoreze profund în sistemul tendințelor și nevoilor practicantului ca persoană. Numai atunci când reprezintă o expresie a personalității sale, mai precis a concepției sale despre om și a relațiilor umane, ea va putea să se exerseze într-o manieră directă, naturală și relativ constantă, pe scurt, în manieră larg autonomă.

Considerarea pozitivă necondiționată ca expresie a unui sentiment autentic, trăit, reprezintă un fenomen incontestabil nou pe terenul relațiilor umane, am putea observa că această atitudine nu este mai degrabă un ideal, în sensul inaccesibil prin definiție, ci o treaptă mai avansată pe frontul evoluției psihosociale.

O concluzie care decurge firesc din aspectele prezentate este că se elimină tehnicile directive din câmpul terapeutic, iar diagnosticul e considerat ca fiind dăunător relației terapeutice întrucât creează imaginea expertului. „Terapeutul trebuie să aibă o continuă dorință de a înțelege lume lumea privată a clientului.” (C. Rogers) Se evită de asemenea tehnicile manipulative, se evită limbajul ezoteric, metamorfic, nuanțat. Orice tehnică, ca psihodrama, tehnicile terapiei gestaltiste și cele bioenergetice care tind să pună terapeutul în rolul de expert diminuând contribuția clientului sunt evitate.

Totuși practicienii terapiei non-directive folosesc o varietate de tehnici în funcție de școala din care fac parte. **Tehnicile propuse de Rogers sunt:**

- (1) Clarificarea sentimentelor clientului: se face prin reflecție, meditație și afirmație. Accentul este pus pe sentimentele prezente.
- (2) Reformularea conținutului afirmațiilor clientului: se folosesc alte cuvinte decât cele folosite de către client pentru a revărsa mai multă lumină asupra problemelor cu care acesta se confruntă, pentru a elimina confuziile.
- (3) Acceptarea necondiționată: sintetic redată presupune comunicare empatică, autentică, acceptare pozitivă verbală și nonverbală (mimică și pantomimică de tip comprehensiv).

Alte tehnici utilizate în terapia nondirectivă sunt (cf. I. Mitrofan, 1993) prezentate sub forma schemei de mai jos, ca modalități de susținere ale dialogului:

— **Tehnici: Ascultarea, Reflectarea, Reformularea**

(1) **Ascultarea activă:** Terapeutul susține și încurajează nonverbal (prin postură, privire, mimică, mișcări ale capului, sunete aprobative) ceea ce spune subiectul.

(2) **Tehnici de reflectare:**

• **Reflectarea/Repetiția ecou:** Terapeutul reia, ca un ecou, o parte din ceea ce spune subiectul. Se păstrează limbajul subiectului (rol: se simte acceptat/încurajat să comunice) accentuându-se cuvintele/expresiile cheie, cu semnificație mare (rol: clarificare/netezirea drumului către soluție).

• **Repetiția pe alt ton/cu o nuanță de umor:**

Terapeutul reia o parte din ceea ce spune subiectul, dar pe alt ton. (Rol: schimbarea perspectivei asupra evenimentului. Atenție la tipul de umor! Se recomandă umorul neagresiv, blând).

• **Amplificarea:** Se folosește pentru a scoate în evidență un aspect pozitiv/fața pozitivă, constructivă a situației sau atunci când urmărim obținerea unui efect paradoxal: prin amplificarea suplimentară introdusă de terapeut,

subiectul ajunge să vadă situația la dimensiunile ei reale.

(3) **Tehnici de reformulare:**

• **Reformularea prin inversiunea raportului figură-fond:** Se obține o nouă viziune asupra ansamblului, fără a se adăuga sau omite ceva din detaliile oferite de subiect. Se poate folosi atunci când subiectul este nemulțumit de modul cum a (re)acționat într-o anumită situație. Privit dintr-o altă perspectivă, comportamentul său se poate dovedi pozitiv. Se urmărește un efect șoc, cu consecințe în planul imaginii de sine/pozitivarea imaginii de sine.

• **Reformularea sinteză:**

Reformularea în cuvinte-cheie (se scoate în evidență ceea ce este esențial pentru subiect).

• **Reformularea clarificatoare:**

Terapeutul formulează ceea ce subiectul a simțit dar nu poate exprima. Atenție la sugestii!

(4) **Tehnici de deschidere:**

• **Deschiderea:** Când subiectul pare că se blochează, dialogul este susținut/ redeschis prin formulări neutre de tipul: „Și...”, „Deci tu...”, „Așadar...” ș.a.m.d.

Alte condiții ale dialogului:

**Locul evaluării în subiect:**

Terapeutul nu judecă ceea ce-i spune subiectul, nu evaluează, nu-și impune propriile sale valori și standarde, nu sugerează soluții. Terapeutul doar ascultă, acceptă necondiționat, clarifică. Formulările sunt de tipul: „Tu ești supărat pe...”; „Ți se pare că...”; „Tu crezi că ești rău pentru că...”; „Tu simți că...”. Rol: aceste formulări pun în evidență faptul că doar aprecierea clientului în legătură cu situația contează cu adevărat. Subiectul nu va mai percepe sistemele de valori ca fiind imuabile, exterioare, amenințătoare, ci personale, bazate pe propria experiență și restructurabile în funcție de acestea.

**Comunicarea aici și acum:** Chiar atunci când sunt relatate fapte petrecute în trecut, comunicarea se menține focalizată pe ceea ce se

petrece aici și acum. Situația trecută este adusă în prezent. Formulările sunt de tipul: „Ce simți acum?”; „De ce anume ești conștient acum?”; „Ce simți/crezi acum în legătură cu asta?” etc.

Aceste tehnici, au rolul să ghideze procesul terapeutic, să-l orienteze, să faciliteze comunicarea, accentul fiind deplasat evident către ceea ce este terapeutul și nu către ceea ce face. Considerând rolul terapeutului ca manifestându-se în domenii extrem de delicate și complexe ca cel al sentimentelor, ne putem da seama că tehnica este subordonată atitudinilor și structurii personalității terapeutului. Căci, pericolele afective sunt diferite în fiecare caz și nici echipamentul cel mai complet n-ar putea „înzestra” terapeutul cu tehnicile necesare pentru a interacționa într-o manieră în același timp fecundă și „aseptică”.

Esențial în demersul terapeutic ne apare relația existentă între terapeut și client, importanța acesteia fiind subliniată de majoritatea autorilor contemporani, desigur fiecare de pe poziția sa. În ceea ce privește terapia rogersiană, clientului îi revine sarcina de a dirija (conduce) explorarea eului și de a propune interpretarea materialului astfel descoperit sau, mai degrabă, interpretările acestui material. Într-adevăr, semnificația experienței variind după gradul de înțelegere de sine (sau după nivelul anxietății), se întâmplă adesea, în timpul procesului, ca clientul să schimbe de mai multe ori interpretarea unui material experiențial dat.

Oricât de „unică” ar putea fi orice relație interpersonală, ea împarte unele proprietăți cu orice altă relație interpersonală. Ea manifestă unele caracteristici fundamentale care formează structura și unele calități afective a căror varietate dau relației culoarea individuală și foarte des, valoarea umană.

Înainte de a trece la descrierea acestor atribute și pentru a preveni confuzia între noțiunea specific terapeutică a unei bune relații și noțiunile înrudite sunt necesare câteva precizări. Tipul de relație despre care este vorba aici nu se poate confunda cu tipul de relație care există între părinți și copii, cu legăturile afective profunde și durabile, cu devotamentul său nelimitat și angajarea totală. Fiind egalitară, exclude reciprocitatea care există între prieteni (excluzând diferențele de rol).

Nu este cu atât mai mult, relația de la medic la bolnav etc. În situația terapeutică, **clientul** este în același timp **obiect și agent**. De asemenea nu este relația de transfer, caracteristică terapiei psihanalitice, în care subiectul este considerat a percepe terapeutul, cel puțin la început, ca o figură importantă a trecutului său asemeni unui părinte sau oricărui alt reprezentant al autorității.

**Pentru ca relația psihoterapeutică să fie o experiență evolutivă, de creștere afectivă, de dezvoltare a unui mod propriu „DE A FI” mai autonom și mai adaptat social, este necesar a fi creată o atmosferă liberă, caldă și permisivă, fără judecată și evaluare.**

Importanța factorului „atmosferă” se remarcă mai ales la începutul relației, când clientul este pradă unei neliniști (angoase) uneori acute care îl face hipersensibil. Tensiunea care îl determină să caute această formă de asistență, neliniștea pe care o simte, amorul său propriu dus până la iritare de necesitatea acestei recurgeri la ajutor, fără a mai vorbi de natura problemei sale, provoacă în el un fel de stare de alarmă. În această stare este adesea capabil să perceapă elementele subtile ale situației cu o perspicacitate uimitoare deși angoasa sa îl determină adesea să le exagereze importanța. În aceste condiții este foarte important - vital pentru viitorul relației - ca atmosfera terapeutică să aibă anumite calități.

Că este vorba de cabinetul terapeutic sau oricare situație interpersonală, o atmosferă nu poate fi deloc terapeutică dacă nu este impregnată de securitate și de căldură. Fără aceste calități, se poate, fără îndoială analiza, explora, informa, condiționa, pe scurt, influența și deci schimba individul. **Dar aceste procedee active - sau mai bine zis tranzitive - n-ar putea produce genul de schimbare care corespunde noțiunii de creștere.** Căci această schimbare reprezintă un proces de natură într-un fel organică, plecând dinăuntru și înglobând individul în totalitatea sa. Ori, **punerea în mișcare a unui asemenea proces - și nu o modificare de circumstanță, efectuată din afară, susceptibilă să se limiteze la simptomul tulburării - ne apare ca scopul terapiei.**

Dacă rogersianul pune **securitatea** pe primul plan al condițiilor, este pentru că ea reprezintă cheia de boltă a oricărei reorganizări psihice.

Securitatea (internă), este o stare psihică propice destinderii emoționale și reorganizării atitudinilor. Această siguranță nu se reduce numai la încrederea în terapeut. Cu toate că această încredere este de asemenea necesară, nu este suficientă pentru a stabili dezinvoltura internă potrivită. Capacitatea clientului de a-și depăși jena și rușinea pe care o simte dezvoltându-se în față cuiva nu este decât o manifestare deosebită a sentimentului de eliberare produs de această siguranță. Căci martorul de care se teme cel mai mult, nu este terapeutul - este propriul eu. Siguranța internă nu anulează angoasa pe care clientul o simte confruntându-se. Ea procură mai degrabă forța necesară pentru a o înfrunța într-o luptă - incertă, dar promițătoare.

În ceea ce privește căldura caracteristică unei relații constructive sunt necesare unele precizări. Aceasta tinde să sugereze o anumită intensitate, cordialitate sau ardoare, respectiv o anumită sensibilitate care este la antiteza relației într-adevăr terapeutice. „Polaritatea afectivă” care caracterizează atmosfera terapeutică optimală n-are nimic manifest. Nu este vorba nici de prietenie, nici de amabilitate, nici de bunăvoință (în sensul de bază al cuvântului), ci de o calitate făcută din bunătate, responsabilitate și interes dezinteresat. Această calitate este implicită comportamentului terapeutului și nu ia deloc forme explicite, susceptibile să stânjenească relația și, prin aceasta, să împiedice progresele clientului. Sintetizând putem numi această calitate **optimism**, nu maxim de căldură.

Pentru a avea efecte pozitive, atitudinea afectivă a terapeutului trebuie să realizeze un anume ECHILIBRU. Dacă este măsurată, pe punctul de a sugera că practicianul este lipsit de încredere în propriile sentimente, n-ar putea reuși să activeze forțele de dezvoltare și actualizare a sinelui. Dacă, în schimb, căldura este prea intensă, compromite în acest timp procesul și soluția terapeutică. De asemenea, un așa grad de căldură este greu de menținut în mod constant pe toată perioada procesului. Ori, după rogersian lipsa de sinceritate este mai prejudiciabilă succeselor

eforturilor practicianului decât oricare altă imperfecțiune de metodă.

O oarecare **variabilitate** în afectivitate există fără îndoială și, poate avea, de altfel, utilitate. Ceea ce contează este nota de bază. Pentru ca variațiile să fie benefice trebuie ca ele să poată fi făcute în sensul unei creșteri. Dacă, tonul afectiv este maxim de la început, scăderea ulterioară va exercita un efect defavorabil asupra relației, căci subiectul are tendința de a interpreta orice scădere a tonusului afectiv ca declin al interesului sau ca un semn al dezaprobării din partea terapeutului.

Nu-i de neglijat faptul că o relație interpersonală atât de intimă poate să devină morbidă, de unde se voia purificatoare. Sentimentele rău mărturisite pot să urmeze un curs nevrotic, la adăpostul „transferului” și „contratransferului”.

Chiar în lipsa complicațiilor de acest gen, un climat afectiv prea intens este de natură să incite clientul să se modeleze prea strâns (strict) după terapeut. În asemenea condiții, legile inevitabile ale identificării și imitării sociale pot împiedica actualizarea clientului după propria sa pantă.

Crearea unui climat afectiv adevărat terapeutic se dovedește deci ca unul din aspectele cele mai delicate ale rolului practicianului.

Dar cum se poate realiza un climat afectiv favorabil? Rogers ne răspunde:

„... acest climat afectiv are mai multe șanse de a se realiza, când decurge natural din atitudinea de disponibilitate afectivă și mentală a terapeutului, și fără eforturi deosebite. Nu există un mijloc de a fi sigur de efectele produse, totuși, ca și criteriu, dacă terapeutul se simte în largul său, dacă este capabil să se angajeze fără teamă într-un schimb afectiv profund și în același timp „aseptic”, există motive să se creadă că vă atinge nota justă” (C. Rogers, 1965).

Să vedem în continuare care este rolul „căldurii”. Mai întâi acest rol este de a întări sentimentul de securitate care se degajă din atitudinea de nejudectată, condiție esențială a acestei terapii. Dar dincolo de aceasta, căldura acționează ca un factor vitalizant (fapt dovedit de rezultatele cercetărilor). După Rogers, căldura este factorul crucial al schimbării constructive care se operează la client, el afirmând:

„ceea ce simte individul în terapie este, se pare, experiența de a fi iubit. Iubit nu într-o manieră posesivă, ci într-un fel care-i permite să fie o persoană distinctă, cu idei și sentimente, și un mod de a fi care-i este exclusiv personal”. (C. Rogers, op. cit.)

Pe lângă **securitate și căldură**, climatul psihologic care să-i ofere clientului sentimentul libertății totale, libertății de a-și explora cele mai ascunse și mai „urâte” sentimente ale propriului său eu, în scopul de a deveni tot mai congruent cu experiența prezentă, trebuie să mai fie caracterizat prin: **înțelegere empatică, toleranță și respect.**

Înțelegerea empatică, ca formă dinamică, are legătură cu alcătuirea internă, mai ales emoțională a individului. Aceasta, departe de a interpreta datele furnizate de subiect se străduiește să le perceapă așa cum sunt, adică așa cum le percepe sau le prezintă clientul.

Superioritatea acestei înțelegeri nu are legătură cu planul adevărului „obiectiv”, ci cu planul terapiei. Ea este terapeutică superioară înțelegerii dinamice sau diagnostice pentru că permite clientului să perceapă el însuși așa cum este sau dorește să fie (sau se vede obligat să fie) la acest moment; pentru că-i permite să modifice această imagine despre el însuși conform schimbărilor care se operează în el în timpul terapiei (lărgirea câmpului terapiei, modificarea atitudinilor sale vis-à-vis de el însuși, funcțional mai deschis etc); pentru că furnizează clientului ocazia unei ucenicii pe care va trebui s-o facă toată viața, și anume verificarea percepțiilor sale și, dacă e cazul, corectarea lor.

A înțelege în manieră empatică echivalența, într-un fel, cu a armoniza (potrivi) priceperea (înțelegerea) sa, exigențele sale raționale și realiste cu introspecția confuză, și manevrele mai mult sau mai puțin defensive ale individului tulburat. De asemenea, novicele acestei terapii nu se poate apăra în întregime de a percepe armonicele dinamice pe care le conține, pentru el, povestirea clientului, condiții în care se vede obligat să combată activ pătrunderea acestor elemente străine.

Deci, ceea ce ar fi trebuit să fie un mod de interacțiune natural și ușor pentru terapeutul format cum se cuvine, și anume imersiunea în lumea subiectivă a altcuiva, este simțit la



început ca un sacrificiu cerând un efort foarte mare. Din fericire, satisfacția care însoțește dezvoltarea acestui mod de a asculta și de a răspunde compensează eforturile investite. Practicianul acestei forme de înțelegere descoperă foarte repede că **dobândirea acestei capacități alterocentriste de interacțiune reprezintă o îmbogățire personală ale cărei eforturi favorabile se verifică de altfel pe planul vieții sale zilnice.**

Necesitatea de condiții de libertate excepțională a fost recunoscută de la începuturile terapiei. Dar toleranța excepțională nu vrea să însemne toleranță necondiționată, despre care este vorba în demersul acesta, noțiunea de toleranță tradițională fiind clar diferită de noțiunea rogersiană a toleranței.

Noțiunea tradițională, care se întoarce la Freud, are legătură, în mod esențial, cu materialul tabu. Ea se raportează la experiențele sociale și morale respinse (dezaprobat), ca anumite manifestări ale sexualității, ale agresivității și infantilismului ca și la tot ceea ce individul nu dorește să discute în contactele sale sociale obișnuite.

**Toleranța rogersianului nu se limitează la materialul tabu.** Ea este necondiționată prin faptul că se extinde la tot ceea ce clientul consideră bun de a raporta, fie că este vorba de confidențe încărcate sau de lucruri aparent triviale, ba chiar de manevre în mod manifest defensive.

Logica unei asemenea atitudini este următoarea. Condiția indispensabilă progresului terapeutic este **reducerea anxietății, pentru că anxietatea conduce la atitudinea de defensivă, care este dușmanul dezvoltării.** Pentru ca nivelul anxietății să poată scădea trebuie ca subiectul să se simtă la adăpost de orice exigențe, amenințări sau alte represii. Acesta libertate trebuie deci să includă dreptul de a recurge la manevre de protecție temporare atât conștiente cât și inconștiente. Terapeutul nu manifestă nici un semn de nerăbdare sau nesatisfacție, clientul simțind ceea ce se numește o „experiență emoțională corectivă”. El descoperă, adesea pentru prima dată, că se poate arăta anxios, neîncrezător, ostil sau trișor fără ca terapeutul să manifeste cea mai mică dorință de a-l expune sau de a-l dejuca.

Simțind că se poate arăta nestingerit, clientul începe să se simtă în largul său. Dându-și seama că terapeutul nu se gândește să-l atace, simțind că este acceptat, înțeles și respectat, el tinde să-și uite defensele și chiar să renunțe în mod voluntar la ele.

**Noțiunea de respect,** așa cum o concepe rogersianul este o dimensiune cu adevărat nouă în domeniul relațiilor umane. Mai întâi, acest respect este necondiționat. Clientul este respectat nu din cauza vreunui merit, demnitate sau competență deosebită pe care le-ar putea avea dobândite în decursul existenței sale sau din cauza vreunei calități deosebite - sinceritate, curaj, cooperare, inteligență - de care ar putea face dovadă în timpul interviurilor. **Respectul terapeutului este gratuit. Clientul nu trebuie să facă nimic pentru a-l merita.** Această atitudine se fondează pe faptul că clientul este o ființă unică, cu o structură unică a experienței cumulate și a modului experiențial de organizare.

Să vedem prin ce se justifică respectul acordat acestei structuri unice. Pe de o parte prin faptul că ea există într-o ființă capabilă de a alege — capabilă, nu de a-și fasona destinul după voie, ci de a-i influența cursul într-o manieră apreciabilă. Pe de altă parte, această atitudine se justifică prin faptul că ea trebuie să servească efectiv drept bază multitudinii de alegeri, adesea aparent modeste, dar cu o valoare decisivă pentru procesul de redresare în care s-a angajat clientul.

De asemenea dacă practicianul își dă seama de faptul că clientul este purtătorul unei experiențe unice, întinzându-se pe un număr uneori considerabil de ani, va avea tendința să-și dea seama, în același timp, că această experiență face clientul mai competent decât oricine pentru a determina o linie de conduită compatibilă cu nevoile, dorințele, valorile și capacitățile sale.

Oricine își dă seama că pasul făcut de client spre autonomie și ridicarea moralului eului, nu ar putea să nu simtă genul de respect despre care am vorbit mai sus. Și, cunoscând caracterul labil și ușor influențabil al acestui pas, n-ar putea deloc fi tentat de a interveni în desfășurarea sa naturală!

Combinarea atitudinilor de toleranță, de respect și de înțelegere empatică fuzionează într-o atitudine de primire care, în limbajul terapeutic, se indică în general cu termenul de **acceptare.** Aici, această atitudine este concepută ca **necondiționată.**

Obiectul acestei atitudini necondiționate nu este vreo abstracție ci este clientul în totalitatea sa așa cum există; hic et nunc.

Aceasta înseamnă că terapeutul consideră nu numai materialul pozitiv și negativ - activ și pasiv - raportat de client, dar de asemenea configurația particulară pe care acest material o prezintă în momentul discuției, căci această configurație este determinată de dorința de a se schimba, de a depăși situația de către client. Ceea ce este important este faptul că materialul (chiar dacă-i pasiv) este raportat într-un context terapeutic, lucru care modifică într-un sens pozitiv balanța psihologică a celui care raportează. Ceea ce este acceptat, este deci „totalitatea datului existențial, persoana ca sistem dinamic de atitudini și nevoi, în orientarea sa prezentă”.

Acceptarea necondiționată poate fi autentică? Desigur pentru cel care n-a ascultat nicio dată, n-a vorbit și n-a acționat decât pornind de la cadrul său de referință, atitudinea necondiționată pozitivă și autentică pare o muncă de Sisif. Dar, cel care a dobândit capacitatea de a abandona criteriile „realiste” și „obiective” ale sale și care a învățat să pătrundă în lumea subiectivă a altcuiva, descoperă că acceptarea necondiționată nu violează sinceritatea. Când elementele negative, „condamnabile” ale clientului sunt percepute după optica acestuia, în încurcătura circumstanțelor așa cum erau percepute și trăite de client, acest comportament devine perfect coerent, aproape necesar, devine în mod psihologic (nu în mod necesar moral) acceptabil. Căci, ceea ce din exterior este distructiv, pervers nu-i în fond decât apărarea unei ființe amenințată dincolo de capacitățile sale de rezistență, în lupta sa pozitivă pentru supraviețuirea emoțională.

Privind reflectarea procesului terapeutic așa cum ne apare până în acest moment **am putea caracteriza oarecum metaforic psihoterapia umanistă ca un exercițiu de iubire necondiționată, de creativitate interpersonală, o întâlnire**

între două ființe umane angajate într-un proces **de creștere afectivă, de maturizare, de îmbogățire a ființei umane în totalitatea sa.**

Este evident acum accentul pus pe calitățile personale ale terapeutului, ideea priorității acestora fiind recunoscută de rogersieni mai mult, probabil, decât de oricare altă școală de terapeuți.

#### **4. Personalitatea terapeutului și atributele sale**

Referitor la calificările profesionale, o întrebare care se pune frecvent, atât în raport cu psihoterapia cât și cu demersul rogersian, este următoarea: **exercițiul acestui gen de lucru cere un anumit tip de personalitate sau calități personale „superioare”?** Să răspundem printr-o observație: cercetările au arătat că o mare varietate de personalități se întâlnesc printre terapeuți, atât printre cei care sunt recunoscuți ca excelenți, cât și printre cei care par că reușesc mai puțin bine. Problema calităților „superioare” în exersarea terapiei pune o problemă de valori, adică se pune pe un plan subiectiv. În această privință, trebuie precizat că insistența rogersienilor asupra personalității nu implică nici o exigență de superioritate. Desigur, folosirea calităților adevărat superioare n-ar putea lipsi să aibă efecte favorabile acolo unde s-ar practica. Totuși, pe plan practic, sunt foarte puține calități care să se poată prevala de a fi universal superioare, adică primordiale în orice situație. Astfel fermitatea, suplețea, moderația, originalitatea, o voință care rezistă la orice, o viziune largă, uitarea de sine reprezintă calități de caracter demne de respect. Dar superioritatea lor nu valorează decât în anumite situații, în care aplicarea lor este cerută.

Dacă practica terapiei rogersiene nu presupune nici personalitate specială nici talente superioare, ea cere totuși anumite atribute fără de care n-ar putea să se erijeze în a fi „client-centered”. Aceste atribute sunt: capacitatea empatică, autenticitatea și o concepție pozitivă și liberală despre om. De altfel, mai sunt necesare două calități de care, probabil nici un terapeut, oricare i-ar fi afilierea teoretică, n-ar putea să se lipsească, și anume un grad ridicat de maturitate emoțională și de înțelegere de sine.

• **Capacitatea empatică,** în termeni simpli, este capacitatea cuiva de a se pune într-adevăr



în locul altuia, de a vedea lumea cum o vede el; ea este indispensabilă rogersianului. Rolul acestuia constă în a capta și a reflecta semnificația personală a cuvintelor clientului - mai mult decât de a răspunde conținutului lor intelectual. Pentru a reuși în această muncă trebuie ca practicianul să știe să facă abstracție de propriile sale valori, sentimente și nevoi și să se abțină să aplice criteriile realiste, obiective și raționale care îl conduc în afara interacțiunii sale cu clienții săi. Această sensibilizare alterocentristă, care este empatia, pare a fi determinată de convingeri, nevoi și interese profund ancorate în organizarea personală. Dobândirea sa cere o anumită modificare a întregii personalități! Noi nu ne putem arăta mai empatici decât suntem, așa cum nu ne putem arăta mai inteligenți. Pentru a crește puterea de empatie, este necesară deci, într-o anumită măsură, reorganizarea sistemului de nevoi, interese și valori.

În viața practică, orice situație socială ne dă ocazia de a observa cine este dotat cu această sensibilitate socială și cine nu. Individul care este receptiv la reacțiile celorlalți, care percepe armonica pozitivă sau negativă inerentă relațiilor pe care le întreține cu persoanele anturajului său, care recunoaște antagonismul profund care se poate ascunde sub un dezacord în aparență fortuit, care este capabil să recunoască copilul nefericit dintr-o clasă, care recunoaște nuanțele subtile care relevă calitatea raporturilor între părinți și copii sau între soți, această persoană are ceea ce trebuie pentru a se angaja în relații interpersonale profund semnificative și, din acel moment, terapeutice.

• **Autenticitatea sau acordul intern** se referă la starea de acord care există între experiență și reprezentarea sa în conștiința individului „normal”, adică cel care funcționează adecvat. Acest acord presupune că nu există eroare în perceperea experienței, deci că reprezentarea sa este autentică. Rezultă din această definiție că perceperea autentică corespunde foarte larg înțelegerii de sine (în viziunea în care este concepută aici). Ori, această înțelegere depinde direct de nivelul anxietății. În consecință, cu cât individul este mai puțin subiectul anxietății, cu atât el înțelege mai bine sau este capabil să înțeleagă mai bine. Cu cât se înțelege mai bine, cu atât este mai în măsură să atingă acordul intern despre care este vorba aici.

Rezultă de asemenea că autenticitatea ca și empatia, nu se lasă adoptate după voie. Aceste noțiuni nu se referă la simple forme de comportament, ci la personalitatea însăși, așa cum se exprimă ea în acțiune.

Pentru ca existența să fie eficientă, terapeutul nu se poate deci mulțumi să acționeze:

- ca și cum ar simți sentimente călduroase față de client;
- ca și cum s-ar pune de acord cu acesta;
- ca și cum s-ar abține să judece;
- ca și cum ar accepta clientul așa cum este;
- ca și cum ar vrea ca clientul să ia conducerea discuției etc.

Trebuie ca, într-o manieră generală, el să **simtă sentimentele pe care le manifestă**.

Autenticitatea facilitează punerea în practică de către terapeut a unei exigente practici, și anume constanța comportamentului. Dacă terapeutul nu se va comporta într-o manieră autentică, îi va fi greu, dacă nu imposibil, să o mențină de-a lungul vicisitudinilor unui proces mai lung.

Vorbind despre diferența psihologică între exprimarea sentimentelor autentice și imitarea lor, experiența a arătat că ea se recunoaște în general, ea este percepută la un nivel subconștient. Deși clientul este incapabil să justifice impresia de artificialitate pe care i-o dă terapeutul, aceasta alterează relația între ei.

Se poate emite ipoteza că unitatea internă caracteristică comportamentului autentic implică o forță sau se exprimă cu o ușurință, cu o convingere care lipsește comportamentului lipsit de această unitate.

O observație: unitatea internă decurgând din autenticitate joacă un rol decisiv în relațiile interpersonale.

• **Concepția pozitivă și liberală despre om și relațiile umane** este o condiție care face posibilă cu ușurință și eficiență punerea în practică a principiilor expuse până acum; ea se referă la moduri de a gândi și reacționa care se înrădăcinează în personalitate și care tind să se exprime într-un stil de viață. Altfel spus, entuziasmul pentru concepții liberale și umaniste sau de aderare nominală la idealuri de acest gen nu este suficient.

Se pune o întrebare: este posibilă dobândirea acestei atitudini dacă ea este direct opusă sentimentelor și convingerilor profund înrădăcinate?

Desigur nu este ușor să se reorganizeze un sistem de atitudini și de valori care s-a dezvoltat în cursul anilor (câteodată numeroși), dar nu imposibil. O astfel de „schimbare” cere un efort susținut de introspecție și de reflexie critică, și presupune numeroase încercări și erori.

Ținând cont de faptul că personalitatea fiecărui om „normal” este animată și de tendința de depășire a sistemului de nevoi și valori, este important ca acest lucru, să devină o valoare, astfel el va atrage atenția; ne dăm seama din ce în ce mai mult de diversele aspecte sub care se manifestă. În consecință, învățăm să-l cunoaștem mai bine și să ne placă mai mult. Se stabilește așa un proces de identificare; ceea ce inițial era exterior personalității devine parte integrantă. Când acest proces este alimentat de un efort conștient, se poate crede că asimilarea noilor valori se face mai rapid. În **condiții excepționale de favorabile, ca de exemplu contactul strâns și relativ prelungit cu persoane care au tradus aceste principii în stilul lor de viață, această transformare (schimbare) se poate face fără eforturi consistente**. Totuși, chiar în aceste condiții, **progresul poate fi lent**. Putem însă crede că terapeutul autentic angajat în efortul de punere în practică a anumitor atitudini va reuși de asemenea în exersarea profesiei sale, ca cel care și-a însușit aceste atitudini (acest stil de viață).

#### • Maturitatea emoțională

Aspectele maturității emoționale care par deosebit de importante pentru exersarea rolului de terapeut sunt următoarele:

- Primul rezidă în capacitatea de a participa la procesul de schimbare a unei alte persoane fără a fi tentat de a modela această schimbare după propria imagine. În termeni mai pozitivi, această calitate se poate descrie ca fiind capacitatea și voința autentică de a servi - nu drept ghid, judecător sau model - ci simplu **rezonator și amplificator la eforturile de redresare ale clientului**. Căci, nu trebuie uitat că nu există rețete - fericirea, pacea interioară, satisfacția personală sunt fenomene subiective.

- A doua calitate presupune o angajare a întregii persoane și este capacitatea de a se comporta în manieră „aseptică” în stabilirea și menținerea legăturilor afective strânse, dar subordonate unui scop care le depășește. Mai clar, este puterea de a simți și a comunica sentimente autentice călduroase fără ca acestea să se transforme pe ascuns într-o capcană pentru una sau cealaltă dintre persoanele în cauză sau pentru amândouă.

O asemenea capacitate presupune, se pare, ca nevoile fundamentale ale terapeutului să fie organizate în jurul unor surse de satisfacție care dau sens și valoare existenței sale. Este foarte important ca aceste nevoi care sunt simțite ca fundamentale să aibă „descărcări” adecvate. Când ele sunt satisfăcute, exercită un efect reglator asupra terapeutului, astfel încât satisfacțiile și necazurile vieții cotidiene tind să se ordoneze favorabil. Practicianul astfel ancorat va găsi că crearea și menținerea unei relații sănătoase se fac în general fără efort excesiv, deși cer întotdeauna un efort real.

În afara stabilității care decurge din satisfacerea nevoilor fundamentale, maturitatea emoțională presupune securitate internă. Aceasta permite terapeutului să vadă vicisitudinile procesului în perspectiva lor proprie și să păstreze seninătatea (egalitatea dispoziției) în fața oscilațiilor inevitabile ale atitudinilor clientului. Astfel echipat, nu se va lăsa derutat și tulburat de detaliile neașteptate și angoasante care nu sunt rare în acest gen de muncă.

Terapeutul trebuie de asemenea să poată face față perioadelor sterile, când acțiunea sa este fără efecte vizibile, când clientul trece mereu peste aceleași teme, aparent nesemnificative, se încăpățânează să păstreze o atitudine dependentă sau împiedică derularea normală a procesului. Pe de altă parte, terapeutul trebuie să fie capabil să-și păstreze echilibrul în fața adulației al cărei obiect este uneori. Fără un grad ridicat de securitate interioară, practicianul nu este capabil să înfrunte o asemenea varietate de situații încărcate de emoție, menținându-și totodată eficacitatea terapeutică și starea bună personală.

Toate acestea presupun că terapeutul a ales și exersează profesia pentru că o găsește utilă, fără efort și în concordanță cu o concepție înaltă despre om și relațiile umane.

Nu trebuie ca terapeutul să rămână însă indiferent la sentimentele pozitive pe care clientul i le dovedește. Dar, pentru ca el să poată să se califice matur emoțional, trebuie ca satisfacția pe care o încearcă simțindu-se important în atitudinea prezentă a clientului, să fie subordonată dorinței de a pierde această importanță pe măsură ce clientul descoperă satisfacția de a fi și de a se simți autonom. Căci dacă procesul este fecund, clientul ajunge să considere relațiile care îl leagă de terapeut ca semnificative, dar în mod secundar.

#### • Înțelegerea de sine

Dacă este adevărat că „instrumentul principal al terapeutului este personalitatea sa”, rezultă că a cunoaște acest instrument de către cel ce-l folosește este de importanță primordială.

Este evident că, prin natura lor, comunicările clientului conțin sau duc la anumite erori de percepție. Dacă terapeutul nu cunoaște tendințele sistematice - surse de erori sistematice - ale percepției sale este incapabil să efectueze corecțiile voite (necesare!). Altfel spus, nu are conștiința atitudinilor și nevoilor dominante care determină tendințele și averșiunile sale, prejudecățile, temerile și dorințele sale, este incapabil să-și facă o prezentare realistă a lucrurilor pe care i le povestește clientul.

O înțelegere aprofundată de sine nu este atât de imperativă pentru terapeutul empatic rogersian ca pentru cel care-și asumă funcțiile de evaluare, explorare și interpretare - și deci - direcția clientului. Pentru că rogersianul se străduiește să acționeze în cadrul de referință al clientului, riscurile de eroare sunt, evident, considerabil mai mici decât dacă ar fi vorba să pornească de la propriul său cadru de referință; deci riscurile de eroare sunt cu atât mai mari cu cât procesul se sprijină mai mult pe factori ca percepțiile și teoriile practicianului; și sunt cu atât mai mici cu cât procesul se bazează pe experiența vie și imediată a celui interesat.

În ciuda faptului că un demers empatic reduce considerabil pericolele de «contagiu» interpersonal, înțelegerea de sine rămâne un atribut important al terapeutului.

Dar, care este tipul de cunoaștere de sine pe care trebuie să-l aibă un bun terapeut rogersian?

Această înțelegere nu presupune o imagine intelectuală a eului, ci mai degrabă ceva vital

sau existențial. Este o cunoaștere a eului așa cum acționează, în fiecare moment în situația imediată: este o „deschidere constantă la experiență”.

Contrar atitudinii de apărare, atitudinea de deschidere permite oricărui excitant, de origine internă sau externă, să fie liber înlocuit prin organism fără nici o deformare de acțiunea mecanismelor de protecție, adică de apărare. Mecanismul prin care se avertizează organismul de prezența excitanților amenințători în raport cu structura eului este inutil. Individul are capacitatea să trăiască reacția sa la orice excitant. Toate datele experienței au acces la conștiință - la percepție - fie că provin de la excitația nervilor senzoriali prin configurații de „mase de sunet” sau de culori care emană din mediul exterior, fie că provin din mediul interior - urme ale experiențelor trecute - sau senzații viscerale de teamă, plăcere, dezgust sau orice altă modalitate de percepție.

Deci înțelegerea de sine despre care este vorba aici se referă la o atitudine de disponibilitate care permite intrarea, în conștiință, a totalității datului organic. O observație: această disponibilitate nu înseamnă că individul își reprezintă, clar și conștient, toate procesele care se desfășoară în el ca pe un ecran panoramic realizând (înregistrând) fiecare moment al desfășurării. Dimpotrivă, sentimentele și senzațiile sunt fie subiectiv trăite (și exprimate în comportament) fără a fi clar gândite, fie lucid și obiectiv reprezentate în conștiință, adică, individul poate să-și simtă dragostea, durerea sau contrarietatea, să-și trăiască atitudinile subiectiv. Dar, de asemenea, să facă abstracție de această subiectivitate și să constate în ceea ce-l privește: „Mă doare”, „Mi-e frică”, „Iubesc”, „Sunt supărat”. Ceea ce contează nu este gradul de conștiință reflectată - este absența barierelor, inhibițiilor susceptibile de a împiedica percepția completă a ceea ce este organic dat. **Persoana perfect deschisă experienței sale și total eliberată de manevre defensive trăiește în manieră existențială, adică simte fiecare experiență ca proaspătă și nouă.**

În esență, procesul terapeutic rogersian poate fi sintetizat astfel: „Dacă mă arăt capabil de a crea o relație caracterizată, din partea mea printr-o autenticitate transparentă, printr-o

primire caldă și sentimente pozitive vis-à-vis de lucruri care fac ca personalitatea sa să fie diferită de a mea, printr-o capacitate de a vedea lumea și eul clientului așa cum se vede el însuși, atunci persoana cu care întrețin o asemenea relație ajunge în situația de a vedea și de a înțelege prin ea însăși aspectele pe care le refuzase până atunci conștiinței, evoluează din ce în ce mai mult spre tipul de persoană așa cum dorește să fie; funcționează cu o dezinvolură și o încredere crescute; se actualizează ca persoană, adică ca ființă unică care gândește și acționează într-o manieră care îi este personal caracteristică; devine capabilă să abordeze problemele vieții într-o manieră adecvată și emoțional mai puțin oneroasă”. (Carl Rogers et G.Marian Kinger, *Psychothérapie et relations humaines; Théorie et pratique de la thérapie non-directive*, Paris 1965, vol.I)

### 5. Teoria concisă a terapiei centrate pe persoană

Și pentru a întregi această abordare terapeutică rogersiană, în final vom prezenta teoria concisă a acestei terapii umaniste.

De notat, în primul rând, că această teorie este de ordin condițional. Se enunță după următoarea formulă: dacă anumite condiții sunt date (variabile independente) atunci se produce un proces determinat (variabile dependente). Dacă acest proces (devenit variabilă independentă) se produce, atunci vor avea loc anumite modificări ale personalității și comportamentului (variabile dependente).

#### 5.1. Condițiile procesului terapeutic

Pentru ca procesul terapeutic să se producă trebuie:

- 1) Două persoane să fie în contact;
- 2) Prima persoană, pe care o numim client, se află într-o stare de dezacord intern, de vulnerabilitate sau de angoasă;
- 3) A doua persoană, pe care o numim terapeut, se află într-o stare de acord intern-cel puțin în perioada desfășurării interviului și față de obiectul relației sale cu clientul;
- 4) Terapeutul să încerce sentimente de considerație pozitivă necondiționată față de subiect.

- 5) Terapeutul să încerce o comprehensiune empatică a cadrului de referință intern al clientului;
- 6) Clientul să nu-și dea seama decât într-o măsură minimă de considerația pozitivă necondiționată și comprehensiunea empatică pe care terapeutul i-o dovedește.

Deci, acestea sunt condițiile necesare pentru a declanșa procesul terapeutic. Alte elemente pot să ajute ca procesul să se stabilească mai rapid, ca de exemplu situația în care clientul este anxios și nu doar vulnerabil. De observat, că este necesar să treacă puțin timp pentru ca procesul să fie terapeutic veritabil. Deseori, procesul se schițează doar pe condițiile minime care au fost enumerate, dar niciodată el nu se produce în absența acestor condiții.

Terapeutul nu-l informează pe client într-o manieră explicită verbală despre considerația empatică și considerația pozitivă necondiționată pe care o nutrește față de el. Ceea ce este important este că, clientul înțelege existența acestor atitudini la terapeut (așa cum arată punctul 6) Deci, nu este necesar ca terapeutul să-și arate sentimentele într-o manieră verbală față de client. Comunicarea veritabilă (adevărată, autentică) se realizează într-o manieră subtilă prin câteva remarci sau câteva expresii fiziologice spontane.

Se poate obiecta că autorul propune doar o serie de condiții terapeutice aceleași, fără a ține cont, aparent, de varietatea caracteristicilor individuale a diferiților clienți. Experiența a arătat (demonstrat) că fiecare client folosește diferit, în mod personal, relația care i se oferă. S-a constatat că nu este nici util, nici necesar de a manipula relația în vederea adaptării la diferiți clienți. Ba din contră (dimpotrivă), se pare că o asemenea manipulare dăunează în mod cert caracterului cel mai important și mai prețios al relației, și anume, faptul că ea reprezintă o relație autentică între două persoane în care fiecare se străduiește cât mai bine să fie «ea-însăși» în interacțiunea cu celălalt.

Elementul central al acestei teorii se referă la acordul intern, adică la autenticitatea atitudinilor terapeutului. Pentru ca relația să fie terapeutică, trebuie ca experiența imediată a terapeutului să fie corect reprezentată sau

simbolizată în conștiința sa; altfel spus, este necesar ca sentimentele și atitudinile pe care le încearcă față de client să fie total disponibile conștiinței. De exemplu, dacă terapeutul crede că încearcă (are) sentimente de considerație pozitivă necondiționată, comprehensiune empatică, - dar care sînt doar aparente - în realitate neavînd decît angoasă și jenă, atunci el nu realizează acordul intern necesar eficacității terapeutice; desigur că relația va suferi. Este important deci, ca în timpul interacțiunii cu clientul, terapeutul să fie total « el-însuși », oricare ar fi sentimentele pe care le încearcă la un moment dat.

O întrebare care se pune în acest moment este: trebuie ca terapeutul să arate clientului natura sentimentelor, oricare ar fi ele, pe care le încearcă față de acesta?

Rogers afirmă: „răspunsul la această întrebare nu este încă cunoscut. În stadiul prezent al cunoștințelor noastre, noi estimăm că problema se poate rezolva după cum urmează. Dacă terapeutul constată că sentimentele se impun spiritului său astfel încât, este incapabil să se concentreze pe client, este important ca el să exprime aceste sentimente. Într-adevăr, prezența sentimentelor «străine» relației împiedică manifestarea unei atitudini de comprehensiune empatică - condiție necesară terapiei. De asemenea, dacă terapeutul încearcă sentimente contrare considerației pozitive necondiționate, este necesar ca el să-i explice aceasta clientului”. (C. Rogers et M. Kinget, *Psychothérapie et Relations Humaines*, 1965, pag. 203)

Desigur că pentru a ști cu certitudine dacă această manieră de a aborda dificultatea este bună, trebuie verificată, lucru foarte dificil. Curajul - dacă nu insolența - necesară unei asemenea operații poate duce la eșec chiar la un terapeut desăvârșit. Incontestabil, este dificil (penibil) să exprimi gânduri ca: «Încep să cred că în fond dumneavoastră sînteți psihotic». În concluzie soluția propusă nu este destul de verificabilă!

O altă întrebare care se pune referitor la condițiile terapiei este următoarea: acordul intern al terapeutului este factorul terapeutic esențial sau atitudinile sale de considerație pozitivă necondiționată și comprehensiunea

empatică? Nici aici răspunsul categoric nu este cunoscut.

Totuși, se poate afirma cu certitudine că acordul intern al terapeutului este de o importanță primordială, dar acesta trebuie să înglobeze atitudini de considerație pozitivă necondiționată și de comprehensiune empatică așa cum reiese din teoria prezentată anterior.

În propoz de stadiul de acord intern al terapeutului, este important de subliniat faptul că prezența acestei condiții poate să se limiteze la relația întreținută cu clientul. Desigur, nu se poate crede că terapeutul realizează acest acord într-o manieră constantă. Dacă permanența acordului intern ar fi fost o condiție a terapiei, lucrurile n-ar fi fost așa de simple! Pentru ca fenomenul terapeutic să se producă este suficient ca această condiție să fie îndeplinită în timpul perioadelor de contact cu clientul.

La ora actuală, se poate susține faptul că dacă condițiile 2) și 6) sunt realizate, procesul terapeutic are mari șanse de a se realiza și de a produce efecte, iar pentru moment este imposibil ca aprecierile să se facă în termeni cantitativi, raporturile neputînd fi exprimate decît calitativ.

Și alți cercetători confirmă importanța condițiilor stipulate mai sus, în particular acea a condiției 5), ca Fiedler (1950) și Quinn (1950).

Fiedler afirmă că - oricare ar fi orientarea terapeutului - relația terapeutică veritabil fecundă este caracterizată prin capacitatea acestuia de a înțelege clientul așa cum se înțelege pe sine însuși, mai precis prin capacitatea sa de a înțelege (prinde, pătrunde) semnificația personală și subiectivă a cuvintelor clientului. De asemenea, cercetările lui Quinn relevă că factorul primordial al terapiei rezidă în calitatea comunicării realizată de terapeut. Aceste cercetări subliniind în concluzie importanța incontestabilă a comprehensiunii empatică.

Seeman (1954) a obținut o corelație semnificativă între simpatia pe care terapeutul o încearcă față de client și succesul demersului terapeutic, și împreună cu Lipkin (1954) constată că, clienții, care recunosc existența sentimentelor pozitive față de ei la terapeut, beneficiază din plin de terapie. Aceste cercetări susțin, în concluzie, elementul 4) și anume,

considerația pozitivă necondiționată și elementul 6) al teoriei - percepția acestei atitudini de către client.

Cît despre punctul 2) vulnerabilitatea sau angoasa clientului, n-a fost pînă în prezent obiectul cercetărilor sistematice, dar acesta tinde să fie confirmat de experiența clinică a lui Rogers și a grupului său. Studiile lui Gallagher (1953) relevă că, clientul care nu încearcă cătuși de puțin stări de angoasă, nu manifestă nici o angajare în relația terapeutică și tinde de altfel să o abandoneze.

## 5.2. Procesul terapeutic

Cînd condițiile enunțate la punctul precedent sunt prezente și menținute, un anumit proces se pune în mișcare. Acesta este caracterizat prin:

1) Clientul se simte din ce în ce mai capabil de a-și exprima sentimentele într-o manieră fie verbală, fie non verbală;

2) Sentimentele pe care le exprimă se raportează din ce în ce mai mult la sine prin opoziție cu «non-sine», adică la anturaj;

3) El devine din ce în ce mai capabil de a distinge obiectele de sentimentele și percepțiile sale. Această capacitate de sporire (creștere) a discriminării se aplică atât noțiunii de sine cît și experienței sale, lumii exterioare, altor persoane și relații pe care le întreține. Percepția sa față de toate aceste aspecte devine mai puțin rigidă și mai globală. Altfel spus, simbolizarea experienței sale devine din ce în ce mai corectă, mai diferențiată;

4) Sentimentele pe care le exprimă se raportează din ce în ce mai puțin la stadiul de dezacord existent între anumite elemente ale experienței sale și noțiunea sa despre sine;

5) Realizează primejdia pe care o reprezintă (comportă) stadiul de dezacord intern. Experiența primejdiei este posibil eliminată, grație considerației pozitive necondiționale pe care terapeutul nu conținește să și-o exprime;

6) Clientul încearcă plener anumite sentimente pe care, pînă atunci, le deformase sau renegase;

7) Imaginea de sine se schimbă într-o manieră care-i permite integrarea elementelor experienței care fuseseră deformate sau negate;

8) Pe măsură ce se produce reorganizarea

structurii de sine, acordul între această structură și experiența totală crește constant. Sinele devine deci capabil de a asimila elementele care, înainte, apăreau destul de amenințătoare pentru a fi admise în conștiință. Aceasta implică că, pe măsură ce numărul experiențelor amenințătoare se diminuează, numărul deformărilor experienței scade egal, altfel spus, comportamentul devine mai puțin defensiv;

9) Clientul devine din ce în ce mai capabil de a încerca considerația pozitivă necondiționată pe care terapeutul i-a arătat-o, fără a se simți amenințat de această experiență;

10) El încearcă din ce în ce mai mult o atitudine de considerație pozitivă necondiționată față de sine însuși;

11) Îi dă seama din ce în ce mai mult de ceea ce este, de el însuși, centrul evaluării experienței sale;

12) Evaluarea experienței devine din ce în ce mai puțin condiționată și se efectuează tot mai mult pe baza experienței trăite.

Diverse studii vin să confirme această descriere a procesului terapeutic. Numeroase înregistrări ale cazurilor confirmă din plin elementul 2) Studiul lui Stock confirmă elementul 3) care se referă la faptul că sinele se exprimă în manieră mai obiectivă și mai puțin emoțională. Cele ale lui Mitchell (1951) demonstrează că percepția devine mai discriminativă, adică mai puțin rigidă și mai globală.

Mărturiile clinice obiective susțin elementele 4), 5) și 6) existente sub forma înregistrărilor de caz de către Rogers (1954).

Vargas (1954) face mai multe constatări relative la elementul 7), ținînd a demonstra că imaginea de sine se reorganizează în funcție de noile percepții raportate la sine. Hogan (1948) și Haigh (1949) au demonstrat diminuarea progresivă a comportamentului defensiv. Examenul aprofundat și detaliat al unui caz individual realizat de Rogers (op. cit.) relevă o creștere a acordului între structura sinelui și experiența totală. Faptul că această creștere este însoțită de o diminuare a comportamentului defensiv, este arătat și de o cercetare condusă de Chodoroff (1954). Mulți cercetători, Snyder (1947), Seeman (1949), Raimy (1948), Stock (1949), Strom (1948), Sheerer (1949) și



Lipkin (1954), atestă această creștere, la client, a considerației pozitive față de sine. Tendința clientului de a se considera ca centrul evaluării experienței reiese într-o manieră particulară din studiile lui Raskin (1952), în timp ce cercetările lui Sheerer, Lipkin și Kesser (1947) susțin în egală măsură caracteristicile acestui element al teoriei.

### 5.3. Efectele terapiei asupra personalității și comportamentului

Deși o parte din propozițiile următoare au fost prezentate în rubrica precedentă, pentru o clarificare, vom prezenta separat rezultatele procesului terapeutic, adică ceea ce se vede din exterior în comportamentul clientului. Schimbările observabile în personalitatea clientului sunt de natură relativ permanentă și se prezintă astfel:

- 1) Clientul evoluează spre un stadiu de acord intern „mai complet”; el este mai deschis spre experiența sa și mai puțin defensiv.
- 2) Percepțiile sale sunt mai realiste, mai diferențiale și mai obiective;
- 3) El devine din ce în ce mai capabil de a-și rezolva problemele;
- 4) Funcționarea sa psihică se ameliorează și se dezvoltă în sens optimal;
  - a) Această schimbare decurge din schimbările (modificările) în structura sinelui descrise de Stack și Strom;
- 5) Datorită creșterii acordului între sine și experiența sa (5.3.4.), vulnerabilitatea la primejdie se diminuează;
- 6) Din (5.3.2.) rezultă o percepție mai realistă a sinelui ideal și în plus, mai realizabil;
- 7) Datorită schimbărilor descrise la (5.3.4.) și (5.3.5.), acordul între sine și sinele-ideal (5.3.6.) crește;
- 8) Datorită acordului crescut între sine și sinele ideal (5.3.6.), pe de o parte, și între sine și experiență, pe de altă parte, se produce o scădere generală a nivelului de tensiune, atât psihologică cât și fiziologică, și a tensiunii particulare, difuze, numită angoasă;
- 9) Crește considerația pozitivă față de sine;
- 10) Subiectul se percepe din ce în ce mai mult ca centrul evaluării

a) Datorită punctelor (5.3.9.) și (5.3.10.),

subiectul încearcă o încredere crescută în el însuși și se simte capabil să-și schimbe conduita în viață;

b) Datorită punctelor (5.3.1.) și (5.3.10.), valorile sale se bazează pe un proces de evaluare «organismică»;

11) Datorită punctelor (5.3.1.) și (5.3.2.), el percepe lumea exterioară într-o manieră mai realistă și mai corectă;

12) Din faptul că el simte din ce în ce mai puțin nevoia de a deforma experiențele sale, în particular experiențele sale relativ la alte persoane, el încearcă față de ele o toleranță și o acceptare crescută;

13) Comportamentul său se modifică în mai multe privințe:

- a) Datorită faptului că numărul și varietatea experiențelor comparabile cu imaginea de sine crește, numărul comportamentelor acceptabile de către sine crește în mod egal;
- b) De asemenea, comportamentele care înainte nu erau compatibile cu imaginea de sine, și care erau denigrate, se diminuează;
- c) Subiectul se percepe ca fiind mai apt să-și controleze și să-și dirijeze (conducă) comportamentul;

14) Evaluarea comportamentului subiectului de către ceilalți este mai favorabilă; el este judecat ca fiind mai matur și mai adaptat social;

15) Din (5.3.1.), (5.3.2.) și (5.3.3.) decurge că subiectul apare (este, devine) mai creator, mai suplu, mai capabil de a se adapta la noile condiții, la problemele noi, ca o ființă care-și exprimă mai plenar scopurile sale și valorile proprii.

Elementul esențial al teoriei rezultatelor terapiei este fără îndoială cel enunțat la punctul (5.3.1.) referitor la creșterea acordului intern; celelalte elemente servind explicitării implicațiilor punctului 1) Deși aceste elemente decurg firesc din logica teoriei, au fost detaliate pentru a reliefa rezultatele terapiei asupra personalității.

Desigur aceste rezultate ale terapiei au făcut obiectul a numeroase cercetări, iar concluziile sunt în general pozitive, deși criticile nu lipsesc.

Înainte de a încheia acest capitol teoretic referitor la concepția psihoterapeutică rogersiană, vom prezenta câteva concluzii privind natura umană, așa cum reies din gândirea lui Rogers, concluzii care decurg direct din teoria terapiei, și pe baza cărora de altfel, Rogers a elaborat o teorie a personalității.

Iată deci care sunt concluziile relative la caracteristicile «organismului» uman (privit în totalitatea sa!):

1) Individul este capabil să devină conștient de factorii disfuncționali psihologici - factori care decurg din lipsa de acord între noțiunea de sine însuși și totalitatea experienței sale;

2) Individul are capacitatea de a reorganiza noțiunea sa de sine într-o manieră compatibilă cu întregul experienței sale și are posibilitatea de a-și exercita această capacitate. Altfel spus, el este capabil să substituie disfuncționalitatea psihică cu funcționarea adecvată și, el este predispus (încălinat) să facă (realizeze) acest lucru;

3) În cazurile în care această capacitate și această tendință nu există decât în stare latentă, ea se dezvoltă în relația cu o persoană care: - realizează, în cadrul acestei relații, un stadiu de acord intern; - manifestă o atitudine de considerație pozitivă necondiționată și o comprehensiune empatică; - ajunge într-o anumită măsură să comunice aceste atitudini.

Ipoteza privind capacitatea individului - fundamentul acestor concluzii - este de o importanță primordială pentru implicațiile sale psihologice și filozofice. Din punct de vedere practic, ea implică că, psihoterapia constă simplu, în eliberarea acestei capacități deja prezente în stadiu latent. Altfel spus, ea implică că, **pacientul posedă potențial, competența necesară soluționării problemelor sale.** Un atare punct de vedere se opune deci direct conceperii terapiei ca o manipulare, prin specialist, a unui «organism» mai mult sau mai puțin pasiv.

Din punct de vedere filosofic, aceste concepții implică că, individul are capacitatea inherentă de a se orienta, de a se dirija și de a se controla prin intermediul anumitor condiții care pot fi definite.

Această nu înseamnă că direcția și controlul extern sunt necesare pentru ca el să-și asume o dezvoltare și un comportament favorabil și ordonat.

„Psihoterapia centrată pe client, în formă pură, este rar utilizată în zilele noastre, dar această orientare a pus bazele unei multitudini de terapii orientare umanist, terapii care pun accentul pe problemele actuale aflate în conștiința clientului și în cadrul cărora acesta este considerat personajul principal al procesului curativ, terapeutul acționând doar ca un catalizator”. (I. Holdevici; I. P. Vasilescu, Psihoterapia, tratament fără medicament, Ed. Ceres 1993, București, p. 62).

În concluzie, această terapie, face parte din cadrul larg al psihoterapiilor experiențiale, al căror demers urmărește valorificarea potențialilor și disponibilităților ființei umane, o conștientizare și realizare a universalității sale, iar obiectivele terapiei fiind atât interpersonale cât și intrapersonale (Frankl, 1966).

## 6. Exemplificări cazuistice

### 6.1. Strategia de lucru a lui C. Rogers în cazul M. J. Tilden

Încă de la bun început Rogers recomandă să nu se diagnosticheze sau categorisească clientul (apud S. Morse, R. Watson Jr., Psychothérapie, A. Casebook, 1977).

• Îl vom întreba într-o manieră nondirectivă care este scopul venirii lui la terapeut și ce crede el despre problemele lui. Apoi terapeutul aplică tehnica de bază a acestei terapii: clarificarea sentimentelor în mod direct (această tehnică se folosește în primul interviu. Începând cu al treilea interviu, tehnicile vor fi adecvate în funcție de afirmații (dinamica dialogului).

În primul interviu terapeutul explică scopurile tratamentului și metodele de bază utilizate.

• Începând cu al treilea interviu el devine mai activ și mai pozitiv în timpul ședințelor. Pacientul începe să intre în relații cu oamenii din afară. Este important să fim în contact empatic cu clientul și să-i demonstrăm aceasta.

Cazul T: vârsta 20 de ani, sex feminin, necăsătorită,



Mama acesteia relatează coterapeutului problemele fetei:

- doarme tot timpul;
- când este trezită se retrage în sine și meditează;
- după ce se trezește dă drumul la radio și apoi se duce din nou în pat;
- urăște opiniile oamenilor despre ea;
- îi este frică de nebunie.

#### Primul interviu: Abordare directă:

T: Știi destul de puțin despre motivele pentru care ai venit la mine. Ai vrea să-mi povestești ceva despre asta?

C: Este o poveste lungă. Nu mă pot găsi pe mine însumi. Totdeauna am impresia că sunt greșit orientată. Nu suport alți oameni. Dacă mă critică cineva nu pot suporta. Când am avut servicii dacă cineva mă critica, era distrugător pentru mine.

T: Simți că toate lucrurile merg rău și te simți distrusă de criticism?

C: Da, nu e nevoie să fii criticat. Asta te întoarce înapoi. Uneori încerc să fiu superioră, dar cad din nou. Am vrut să fiu profesoară, dar n-am reușit.

T: Lucrurile care s-au întâmplat sunt rele și probabil că tu le-ai simțit ca (anormalitate) fiind anormale.

C: Da, în școală eram obișnuită cu note foarte mari, dar cred că memoram mecanic.

T: Iartă-mă. Vorbești prea repede și nu pot să-mi notez ideile tale. Te superi dacă am înregistra discuția noastră?

C: Nu, ar fi foarte bine (este pornit casetofonul).

T: Obișnuiai să ai note foarte mari...

C: Aveam, dar cred că memoram cărțile. Știu că studiam tot timpul. Nu ieșeam afară cu nimeni.

T: Spui că munceai foarte mult?

C: Da și când eram cu oameni nu mă simțeam confortabil. Cred că nu am studiat cu dorință și cu o atitudine corectă, asta este dilema mea. Aveam lumea mea particulară, ceea ce studiam eu. Înțelegi ce spun? Învățam.

T: Deci ceea ce ai învățat tu, notele foarte mari obținute, te-au separat de restul lumii și nu te-au ajutat.

C: Corect. Știu că nu a fost o atitudine corectă.

T: Simți că studiile și munca ta au fost un mijloc de a ieși afară din realitate (de a te retrage din lume, de a te izola de ceilalți).

C: Da. Toți se întrebau cum de-mi place să stau toată ziua să studiez. Dar memoria mea nu mă ajuta să fiu bună la toate. De multe ori făceam eforturi să merg pe jos, pe stradă, să privesc oameni. E un lucru nebunesc, într-adevăr.

T: Chiar și lucrurile mici, îți dădeau o mulțime de griji.

C: Da. Și niciodată nu eram sigură că le pot rezolva.

T: Deci în loc să faci progrese, reflectai la treburile!

C: Da...

#### • Sentimente semnificative exprimate în primul interviu:

«— Totul e rău cu mine. Mă simt anormal.

— Simt studiile mele ca o evadare pentru mine.

— Nu pot face lucruri banale ale vieții.

— Am pierdut credința în orice, în special în mine.

— Nu voi reuși nimic, sunt sigură. Sunt inferioară.

— Sunt conștientă că alte fete duc o viață normală, sunt căsătorite, eu nu.

— Nu am un confident absolut.

— Nu pot acționa natural pentru că nu mă plac pe mine.

— Mă gândesc la sinucidere, pentru că nu văd o justificare pentru viață.

— Sunt un copil, dar oamenii mă privesc ca pe un adult.

— Sunt anormală.

— Succesul mă ocolește.

— Ar trebui să fiu mai matură decât sora mea, dar nu sunt.

— Nu-mi pot găsi locul meu în societate.

— Am un defect în caracterul meu.

— Simt că alții pot coopera cu problemele prin bunăvoință, eu nu pot.

— Realizez că rădăcinile problemei mele merg cu mult înapoi, dar cred că nu pot face nimic pentru a schimba situația.

— Nu pot să fac ce-mi place.

— Am pierdut curajul.

— Sunt rea și toți știu asta.

— Mă întreb dacă mă poți ajuta. Mă îndoiesc.

— Cred că voi pleca înapoi.»

#### Sumarul celui de al doilea interviu

D-ra Tilden începe interviul explorând relația sa cu oamenii. Simte că nu poate relaționa, se teme. Terapeutul structurează cel de al doilea interviu la fel ca și pe primul. Interviul se sfârșește astfel:

«C: Cred că nimeni nu mă poate ajuta. Nimeni nu poate face nimic pentru mine.

T: Timpul nostru s-a terminat. Vrei să te întorci săptămâna viitoare?

C: Chiar crezi că mă poți ajuta?

T: Dacă crezi că vei reuși, atunci să vii săptămâna viitoare. Dacă crezi că nu există speranță, atunci nimic nu poate fi făcut.

C: Bine, ne întâlnim săptămâna viitoare.»

#### Al treilea interviu

«T: Cum vrei să folosești timpul azi?

C: Bine, nu știu exact... (o pauză lungă). Citesc o carte, „Viața ta ca femeie”.

T: Povestește despre carte.

C: Nu știu cum să încep.»

După al treilea interviu D-ra Tilden i-a telefonat mamei sale la serviciu să-i spună că este bolnavă. Cu puțin înainte de a începe a patra ședință terapeutul a primit un telefon de la mama D-rei Tilden care anunța că aceasta e nehotărâtă să vină la ședință. Se simte mai bine după interviu, „dar acum a căzut într-o depresie, stă numai la pat”. Se întreabă dacă consilierea este suficientă într-o asemenea situație în care este fiica ei. Îi întreabă pe consilier dacă ar putea să-i sugereze un psihiatru la care să meargă. Acesta răspunde că preferă să nu se gândească la această posibilitate, dar dacă Tilden dorește să o facă, el nu o poate ajuta. Cu toate acestea se gândește să-i trimită o scrisoare. Mama s-a oferit să o cheme la telefon, dar consilierul a spus că nu e nevoie.

Scrisoarea a fost scrisă cu grijă, sugerând căldură și interes dar într-o manieră non-directivă pe cât posibil:

„Dragă Domnișoară Tilden,

Mama ta mi-a transmis mesajul referitor la nehotărârea de a reveni la ședință. Eu pot înțelege șovăiala și realizez că te simți descurajată din cauza situației tale. Nu doresc să să te influențez într-un fel și dacă preferi să nu mai vii, atunci este foarte bine.

Pe de altă parte, am de gând să-mi iau libertatea să mai programez o întâlnire la ora obișnuită, oricând începând de marți până vineri. Aș aprecia dacă mi-ai da un telefon să-mi comunici hotărârea ta. În orice situație primește prietenia mea sinceră”.

(T. a telefonat și s-a dus la ședință.)

#### Sentimente exprimate după al unsprezecelea interviu:

— Sunt gata să dau un curs nou alegerii mele.

— Sunt într-adevăr schimbată.

— Am idei frumoase despre mine însămi.

— Realizez că plac altor persoane.

— Cred că pot face ceea ce doresc să fac.

— Nu mă mai simt vinovată de sentimentele mele.

— Mă simt mai liberă.

— Sunt ajutată de discuțiile noastre, de prietenii făcute.

— Pot accepta căsătoria dacă va veni sau să nu accept dacă nu va fi.

— Pot înțelege pe altcineva care trece prin aceleași dificultăți ca și mine.

— Admir oamenii care-și acceptă limitele.

— Mă întreb dacă un bărbat poate accepta o femeie căreia îi lipsește abilitatea.

— Nu mă mai gândesc atât de mult la mine.

— Vorbesc mai liber decât o făceam înainte.

— Mă simt mai bine în mijlocul oamenilor.»

După formularea concluziilor interviului de către consilier, Tilden continuă să-și mențină poziția. S-a angajat mai activ în viața socială. A mers cu familia într-o excursie unde a fost mai activă din punct de vedere social (a manifestat interes pentru contacte sociale noi).

Un an mai târziu domnișoara Tilden a fost invitată la un interviu. Recent renunțase la servicii, era descurajată și depresivă. Multe informații pe care le dădea erau asemănătoare celor

din primul interviu. Consilierul s-a oferit să o ajute; i-a dat un număr de telefon, dar nu a mai sunat. Câteva săptămâni mai târziu consilierul a vorbit cu mama ei la telefon care i-a spus ca Tilden și-a găsit servicii și este mult mai satisfăcută.

**6.2. Exteriorizarea sentimentelor și trăirilor pe o bază reală în relațiile de familie** (două cazuri tratate de C. Rogers, preluate din „On becoming a Person”, 1993, pag. 314-328)

Atunci când lui Rogers i s-a cerut să vorbească unui grup, subiectul fiind la alegerea acestuia, s-a decis să vorbească despre comportamentul clienților săi în familie.

Un mare număr de terapeuți și consilieri (terapie centrată pe persoană) s-au confruntat cu grupuri și indivizi cu probleme și au căzut de acord asupra faptului că experiența rogersiană e relevantă și are implicații pentru întreaga arie a relațiilor interpersonale. Domeniul la care am dori să ne referim în continuare este viața de familie, în încercarea de a oferi o imagine cât mai clară asupra grupului familial, din punctul de vedere al terapiei centrată pe persoană. Nu vom prezenta această problemă la un nivel abstract sau teoretic, ci vom evidenția câte ceva din schimbările suferite de clienți în ceea ce privește modul de relaționare cu membrii familiei din care fac parte în urma contactelor cu terapeutul. O observație, aceasta nu se dorește a fi un model de viață de familie în general sau o rețetă în legătură cu modul personal de trăire al vieții de familie al fiecăruia. Prezentarea care urmează vrea să evidențieze ceea ce este esențial în experiența anumitor oameni în situații de familie dificile.

**Care sunt deci, modurile în care clienții își modifică comportamentul în familie ca o consecință a terapiei centrată pe persoană?**

#### Exteriorizarea sentimentelor

În primul rând clienții ajung, treptat, să-și exteriorizeze sentimentele față de membrii familiei și față de alții, ajung să-și exteriorizeze adevăratele lor sentimente, ajung la o mai mare expresivitate a trăirii, a simțirii. Când vorbim despre adevăratele lor sentimente ne referim și la sentimente negative - rușine, gelozie, furie, plictiseală - și la sentimente

pozitive ca - tandrețe, admirație, dragoste. Este ca și cum clientul descoperă în timpul ședințelor terapeutice că este posibil să renunțe la această mască și să devină el însuși. Astfel, un soț furios pe soția sa își exprimă supărarea pe care înainte o reprima sau credea că o reprimă. Este ca și cum o hartă a exteriorizării emoțiilor, sentimentelor se suprapune peste experiența emoțională actuală. Părinții și copiii, soții și soții, se apropie de exteriorizarea sentimentelor care există cu adevărat în ei.

Poate că unul sau două exemple ar ușura înțelegerea acestei probleme. O tânără soție, d-na M. vine pentru consiliere. Problema ei este legată de faptul că soțul ei Bill este formalist și rezervat cu ea, nu vorbește și nu-și împarte gândurile cu ea. Fără îndoială, sunt incompatibili sexual, ceea ce adus la rapida lor separare. Ea și-a exprimat sentimentul de culpabilitate în legătură cu viața ei dinaintea căsătoriei, când a avut legături cu un număr de bărbați, majoritatea căsătoriți. Ea realizează că în timp ce cu multă lume e spontană și veselă, cu soțul ei e rigidă, controlată, fără spontaneitate. De asemenea, ea se vede pe sine însăși ca cerând de la soțul ei să fie exact cum ar dori ea să fie. În acest punct, consilierea a fost întreruptă datorită plecării consilierului din oraș. Ea continuă să scrie consilierului, exprimându-și sentimentele și adăugând: „Dacă aș putea spune toate acestea soțului meu aș putea fi eu însămi acasă. Dar ce ar avea asta de a face cu încrederea lui în oameni? M-ați găsi repulsivă dacă ați fi soțul meu și ați afla adevărul? Aș fi dorit să fiu o „iubită, în loc de dădăcă...”. „Am făcut o încercătură.”

Aceasta a fost urmată de o scrisoare din care un citat extra pare justificat. Ea spune despre cât de iritată, cât de dezagreabilă a fost atunci când prietenii s-au retras după o seară petrecută împreună. După ce au plecat ei «m-am simțit ca și cum aș fi pierdut pentru că m-am comportat atât de rău... M-am simțit în același timp morocănoasă, vinovată, supărată pe mine și pe Bill. Astfel m-am decis să fac ceea ce aș fi dorit cu adevărat să fac, pentru că am crezut că asta e mai mult decât m-aș fi putut aștepta de la orice bărbat, să-i spun lui Bill despre ceea ce m-a determinat să mă port astfel. A fost chiar mai greu decât mi-am imaginat, a fost foarte greu.

Nu am avut cum să-i explic totul în câteva minute, însă i-am împărtășit sentimentele în legătură cu părinții mei și cu acei bărbați nenorociți. Cel mai dragu lucru pe care l-am auzit din partea lui: „Ei bine poate pot să te ajut ... în legătură cu părinții mei”. Pe urmă a fost foarte îngăduitor cu lucrurile pe care le-am făcut. I-am spus cât mă simt de stângace în atâtea situații - chiar și atunci când joc cărți. Am discutat și astfel am ajuns să ne exprimăm propriile sentimente. Nu i-am spus totul despre acei bărbați, însă i-am dat o idee despre câți au fost. Ei bine, a fost atât de înțelegător și lucrurile s-au clarificat atât de bine încât am ajuns să cred în el. Nu mai îmi este teamă să-i spun despre acele lucruri stupide care mă obsedau. Poate că în curând aceste lucruri vor înceta să mă obsedeze. În altă seară, am fost aproape gata să renunț, m-am gândit chiar să părăsesc orașul. Însă am realizat că nu fac decât să fug de aceste probleme și nu voi fi liniștită până nu mă voi confrunta cu ele. Am discutat despre copii și deși am decis să așteptăm până ce Bill va termina școala sunt liniștită cu acest aranjament. Bill a fost de acord cu mine asupra lucrurilor privind copiii. Deci, dacă nu iei scrisorile ca fiind disperate atunci trebuie să știi că lucrurile merg bine.

Acum mă întreb dacă ai știut că singurul lucru pe care l-aș fi făcut pentru a-l apropia pe Bill de mine, este acesta. Acesta a fost singurul lucru pe care dacă nu l-aș fi făcut, ar fi fost nedrept față de Bill. M-am gândit că asta ar ruina încrederea lui Bill în mine sau altcineva. A existat o barieră atât de mare între mine și Bill încât îl simțeam aproape ca pe un străin. Singurul lucru care m-a determinat să fac asta a fost conștientizarea faptului că, dacă nu-i voi vorbi despre lucrurile care mă obsedează, va fi nedrept pentru el, pentru că l-aș părăsi fără să-i dau șansa să demonstrez că pot avea încredere în el. El mi-a dovedit mai mult decât atât. Mi-a destăinuit că și el a încercat sentimente negative în legătură cu părinții săi și cu alte persoane.”

Rogers relatează că pentru el această scrisoare înseamnă pur și simplu faptul că d-na M. a experimentat în terapie satisfacția de a fi ea însăși, de a scoate la iveală cele mai adânci sentimente.

A devenit imposibil să se comporte altfel cu soțul ei. Ea a descoperit că este esențial să-și exprime cele mai adânci sentimente chiar cu riscul desfacerii căsătoriei.

Un alt element subtil în experiența clienților terapeutului despre care acesta ne vorbește este faptul că ei au descoperit cât de necesar este să-și exprime sentimentele, fapt care într-un trecut părea a fi distructiv sau dezastruos. Diferența este următoarea: atunci când o persoană se ascunde în spatele unei fațade, sentimentele neexprimate, care sunt în legătură cu anumite energii, se acumulează până la un punct, pentru ca apoi să izbucnească în anumite incidente. Sentimentele izbucnesc în acest fel, în depresii, autocompătimire și din nefericire au adesea un efect nefericit asupra celor din jur. Supărarea care izbucnește în situații neplăcute e determinată de acumulări ale unor energii negative, în trecut. Aceste izbucniri sunt greu de înțeles de către cei din jur. În acest punct poate interveni terapia pentru a rupe cercul vicios. Dacă este clientul capabil să se descurce în furie, dispare, emoții pe care le-a trăit și își acceptă aceste sentimente, atunci acestea își vor pierde din intensitate. De acum încolo va fi capabil să-și exprime în orice tip de relație familială sentimentele apărute în cadrul relației. Eliberându-se de încărcătura emoțională neplăcută a trecutului, el va putea stabili relații normale (autentice) cu cei din jur. Individul va fi capabil să-și exprime sentimentele atunci când se întâmplă și nu mai târziu.

#### • Relațiile pot fi trăite pe o bază reală

Există și alt efect pe care consilierea îl determină în modul în care clienții se relaționează cu membrii familiei din care fac parte. Aceștia descoperă, spre marea lor surpriză, că relațiile pot fi trăite pe baza unor sentimente reale. Există o adâncă semnificație pentru asta cum deja am văzut, în cazul d-nei M. A. descoperi că sentimentele de rușine și furie pot fi exprimate și, în ciuda acestora, relația poate supraviețui, dă încredere individului. A descoperi că cineva își poate exprima temerile, tandrețea și sensibilitatea și nu este trădat de cel cărui i se destăinuie, dă de asemenea încredere în sine și în celălalt.

Motivul pentru care acest tip de consiliere dă asemenea rezultate este, în mare măsură, acela că individul învață, în cadrul sesiunilor de terapie, să recunoască și să-și exprime propriile sentimente ca fiind ale lui, nu ca pe un fapt ce ține de o altă persoană. A spune unuia dintre soți „tot ce faci este greșit”, probabil că va duce la o discuție. Dar a spune „mă simt foarte rănit de ceea ce faci”, se referă la sentimentele vorbitorului, un fapt pe care nimeni nu-l poate trece cu vederea. Este o acuzație în legătură cu o anumită persoană, însă e un sentiment care există în fiecare. „Mă învinovățești pentru sentimentele mele” este un punct care poate fi dezbătut, însă „Mă simt prost când tu faci așa și așa”, contribuie la clarificarea relației. Nu este vorba însă numai despre nivelul verbal. O persoană care își acceptă propriile sentimente, descoperă că o relație poate fi trăită pe baza unor sentimente reale. Vom ilustra acest aspect cu extrase din interviurile înregistrate ale lui Rogers cu d-na S.

D-na S. locuiește cu fiica sa de 10 ani și mama sa în vârstă de 70 ani, care domină gospodăria folosindu-se de „sănătatea ei șubredă”. D-na S. era controlată de mama sa și era incapabilă să se ocupe de fiica sa, Carol. Ea avea resentimente față de ea, dar nu putea exprima asta pentru că „Mă simt și m-am simțit vinovată toată viața. Am crescut simțindu-mă vinovată pentru orice am făcut, mi s-a părut într-un fel că afecta sănătatea mamei mele. Cu câțiva ani în urmă am avut un vis în care o amenințam pe mama și am avut sentimentul că într-adevăr doresc să-i fac rău. Și... pot înțelege cum se simte Carol. Ea nu are curaj... și eu nici atât.” D-na S. știe că foarte multe cunoștințe de ale ei gândesc că ar fi mai bine pentru ea dacă s-ar separa de mama ei, dar nu poate. „Știu că dacă aș părăsi-o, n-aș putea fi fericită fiindcă aș fi îngrijorată tot timpul. M-aș simți atât de prost fiindcă am părăsit o femeie singură și bătrână”. Ea se plânge de faptul că e dominată și controlată și începe să conștientizeze partea lașă din ea. „Mă simt ca și cum mâinile îmi sunt legate. Poate că sunt mai vinovată decât mama. De fapt știu că sunt, însă am devenit lașă. Fac orice pentru a evita scenele pe care le face mama”. Cu cât a început să se înțeleagă mai mult cu atât a început să

conștientizeze mai des că este bine să trăiască în concordanță cu ceea ce crede ea că e bine și să nu mai pună în primul plan dorințele mamei. Ea a specificat asta la începutul unui interviu. „Ei bine am făcut o descoperire extraordinară. Poate că a fost vina mea în întregime, în faptul că am răsfățat-o pe mama. M-am hotărât cum să fac în fiecare dimineață, și cred că de data asta va merge. Dacă aș putea fi calmă, liniștită atunci când începe să bombăne, să o ignor cum aș ignora un copil care face o prostie numai pentru a atrage atenția. Am încercat asta. S-a supărat dintr-un nimic. A sărit de la masă și a intrat în camera ei. Ei bine, de data aceasta, nu m-am dus să-i cer scuze și să o rog să se întoarcă, pur și simplu am ignorat-o. În câteva minute, s-a întors, s-a așezat la masă, a fost supărată puțin, dar i-a trecut. Deci, o să încerc să mă port așa pentru o vreme și....”

D-na S. a conștientizat clar că noul ei comportament se bazează pe acceptarea sentimentelor sale față de mama sa. Ea a spus, „Ei bine, de ce să nu-i fac față? Înțelegi, m-am simțit atât de rău, m-am simțit îngrozitor și m-am gândit la ce fel de persoană sunt să resping pe mama. Să spunem, bine, o resping; și îmi pare rău, însă trebuie să mă confrunt cu asta și voi încerca să fac cum e mai bine”. Cu cât începea să se accepte mai mult, cu atât venea mai mult în întâmpinarea propriilor ei nevoi și ale mamei sale. „Există o mulțime de lucruri pe care am vrut să le fac, cu ani în urmă, însă de abia acum am început să le fac. Acum, mama poate sta singură până la ora zece noaptea. Are un telefon lângă patul ei și... dacă un foc începe undeva, există vecinii.... Voi face deci cursuri secale și multe lucruri pe care am vrut să le fac, o viață întreagă, însă alesesem să fiu martir stând acasă. Ei bine, le voi face acum. M-am gândit prima dată când am plecat. Va fi bine!”

Noile sentimente ale clientei au fost ulterior supuse unui test în relație cu mama sa. „Mama a avut un atac de inimă și i-am spus, e bine să te duci la spital și... cu siguranță ai nevoie de spitalizare; am dus-o la doctor și doctorul a spus că inima ei e bine și că trebuie să mai iasă să se distreze puțin. Așa va merge să viziteze o prietenă pentru o săptămână, va merge la spectacole și se va simți bine.

Îmi dau seama că am fost foarte dură cu ea, atunci când s-a pus problema să meargă la spital, contrazicând-o în fața fiicei mele Carol, cu privire la închipuita ei boală de inimă. I-am spus că are o inimă la fel de tare ca inima unui taur. Totul este să se distreze puțin”.

După acest episod se pare că, în această relație, comportamentul d-nei S. s-a ameliorat, însă, nu și comportamentul mamei sale. Oricum acesta este al punct al problemei.

Doamna S. mărturisea: „totuși îmi pare foarte rău pentru mama. N-aș suporta să fiu ca ea. Îmi dau seama că am ajuns la un punct în care chiar am urât-o; n-aș fi suportat să o ating sau... vreau să spun... să o ating în trecere. Nu vreau să spun, că pentru moment am fost supărată sau altceva. Dar... am descoperit că aveam puțină afecțiune pentru ea. De două sau de trei ori, fără să mă gândesc, am sărutat-o de noapte bună și... am simțit tandrețe față de ea; resentimentul pe care i-am avut față de ea se dusesse. Asta am observat-o într-un moment când am ajutat-o să se aranjeze; i-am aranjat părul și atât; aceasta... a apărut pe neașteptate și nu m-a preocupat nici o clipă; de fapt e un fel de a mă distra.”

Aceste extrase ilustrează un model de schimbare în relațiile familiale care ne este foarte familiar. D-na S. crede că, totuși (cu greu admite aceasta pentru ea însăși), resentimentele față de mama ei au făcut-o să se simtă ca și cum nu ar avea drepturi. Se pare că nu se poate aștepta decât la neplăceri, exprimându-și adevăratele sentimente în cadrul relației cu mama sa. Totuși atunci când își permite să fie ea însăși, acționează cu mai multă siguranță. **Relația se ameliorează mai degrabă decât să se deterioreze.** Cel mai surprinzător este faptul că atunci când relația cu mama sa se bazează pe sentimente reale, resentimentele și ura nu sunt singurele sentimente simțite față de aceasta. În același timp ea simte dragoste, afecțiune și bucurie. Este clar că există momente de discordie, neplăcere, tensiune, însă există și momente de respect, bucurie și înțelegere. Se pare că, și în acest caz, **clienta a înțeles că o relație nu trebuie trăită pe ideea de alb sau negru, poate fi trăită pe baza varietății de sentimente care sunt scoase la iveală în acele momente.** Poate părea, după extrasele altele, că numai sentimentele negative sunt greu

de exprimat sau de trăit. Acest lucru este departe de adevăr.

Dr. K. este un tânăr care a descoperit cât este de greu să-și exteriorizeze atât sentimentele pozitive cât și pe cele negative, ascunse în spatele fațadei. Un mic fragment poate ilustra schimbarea calitativă suferită de tânărul tată în relația cu fiica lui în vârstă de 3 ani.

El spune: „lucrul la care mă gândeam este modul diferit în care îmi privesc acum fiica. M-am jucat cu ea astăzi de dimineață și am... ah, nu știu de ce îmi este atât de greu să mă exprim! A fost o experiență minunată, am simțit-o foarte aproape de mine. Înainte aș fi putut spune multe despre Judy. Aș fi putut spune lucruri pozitive despre ea, aș fi putut vorbi despre lucrurile caraghioase pe care le făcea, aș fi putut vorbi despre ea ca și cum aș fi fost un tată fericit, însă era ceva în neregulă... ca și cum aș fi spus toate astea numai pentru că acesta era modul în care trebuia să vorbească un tată despre fiica lui, însă, într-un fel, nu era adevărat, fiindcă simțeam față de ea și sentimente negative, un amestec de sentimente. Acum cred într-adevăr că ea este cel mai minunat copil din lume.”

«T: Înainte, simțeam ca și cum ai fi fost un tată fericit; în dimineața asta ești un tată fericit...»

C: M-am simțit așa în dimineața asta. Ea s-a învățat în jurul patului... și pe urmă m-a întrebat dacă voiam să mă duc să dorm din nou și eu am spus, bine; și ea a spus bine, o să merg să-mi iau păturile... și pe urmă mi-a spus o poveste - de fapt trei povești într-una - le-a amestecat. Am simțit că asta este ceea ce cu adevărat am vrut... vreau să am această experiență. Am simțit că am crescut, cred. Am simțit că sunt bărbat... Acum asta sună ciudat, a fost ca și cum am devenit un tată iubitor, destul de mare, destul de serios, destul de fericit pentru a fi tatăl copilului său. De fapt, înainte mă simțeam slab și poate, aproape fără folos, neimportant. Este foarte important să fii tată!”

Clientul a descoperit că este posibil să aibă sentimente pozitive față de sine însuși ca tată bun și să accepte dragostea pentru fiica sa. El va pretinde ca și ea să-l iubească, cu teama că un sentiment diferit să nu cumva să stea scuns. Domnul K. a mai mărturisit că a ajuns să fie mai



liber în a-și exprima supărarea față de fiica sa. El a învățat că sentimentele sale sunt atât de bune, încât pot să existe.

#### • Ameliorarea comunicării în dublu sens

Experiența terapeutică a mai relevat o altă schimbare privind relația clientului cu membrii familiei din care face parte. Clienții au învățat ceva despre cum să inițieze și să mențină o relație bazată pe comunicare în dublu sens. A înțelege sentimentele și gândurile altei persoane sau a fi înțeles de altă persoană sunt experiențe umane extraordinare dar, în același timp sunt foarte rare. Indivizii care s-au adresat lui Rogers pentru terapie, adesea, au comunicat bucuria lor în a descoperi că acest mod de comunicare este posibil cu membrii propriilor lor familii. În mare parte această transformare pare să fie rezultatul relației pe care clientul a avut-o cu consilierul. Există o eliberare de tensiune atunci când ai găsit pe cineva care să-ți înțeleagă. A găsi în relația terapeutică pe cineva care poate înțelege cele mai teribile gânduri, cele mai bizare sentimente, speranțe și vise ridicole, este o experiență extraordinară. Acel cineva, care descoperă cu terapeutul o astfel de relație, poate crea la rândul lui, astfel de relații cu cei din jur.

În urma descoperirii unei astfel de relații, clientul poate înțelege comportamentul membrilor familiei din care face parte. Atunci când trăim în spatele unei fațade, atunci când încercăm să acționăm în moduri care nu sunt în concordanță cu ceea ce simțim, suntem înclinați să neglijăm ceea ce simte celălalt. Ne controlăm tot timpul de teama de a nu pătrunde celălalt sub fațada noastră. Atunci când clientul își exprimă sentimentele reale, când situația cere manifestarea acestor sentimente, atunci când relația cu celălalt se bazează pe exprimarea adevăratelor sentimente, atunci nemai aflându-ne în stare de apărare, îl putem asculta și pe celălalt și îl putem înțelege. Ceea ce am spus poate fi ilustrat prin experiența d-nei. S. citată mai înainte. În următoarele contacte, doamnei. S. i s-a cerut să-și exprime reacțiile referitoare la experiența ei. Ea spune: „prima dată nu m-am gândit că sunt la consilier. Mă gândeam doar că stau acolo și vorbesc, dar... gândindu-mă mai mult, am conștientizat că este vorba

despre consiliere și o consiliere foarte bună, pentru că am primit sfaturi de la doctori, familie, prieteni și nu a mers. Și mă gândesc că nu poți rezolva asemenea probleme dacă nu ești tu însuși. Dar m-am gândit mult la asta și am încercat să discut puțin cu Carol. Și... bunica i-a zis: cum poți să te porți așa cu bătrâna ta bunică? Și știu ce simțea Carol. Voia să o lovească, pentru că era așa de rea. Am încercat totuși să nu o influențez pe Carol, dar m-am străduit să o fac să se exteriorizeze... lăsând-o să creadă, să simtă, că sunt cu ea și o voi susține orice s-ar întâmpla. Am lăsat-o să-mi spună ce simte și a mers bine. Ea mi-a spus: oh, bunica a fost bolnavă și bătrână atâta timp! Și eu am spus, da. Și nu o condamn, dar nici nu o laud și, ea a început în acest scurt timp, să facă unele lucruri fără aprobarea mea. Se pare că și asupra mamei mele a început să aibă influență schimbarea mea.” Cred că putem afirma că d-na S., acceptându-și propriile sentimente și exprimându-le, le poate înțelege mai bine pe mama și fiica sa. Comportamentul ei nemaibazându-se pe apărare, este **capabilă să asculte și să simtă modul în care trăiesc ele**. Acest gen de schimbare pare a fi caracteristic pentru clienții care au parcurs ședințe de terapie centrată pe persoană.

#### • Starea de bine este să fii autonom

Există încă o tendință care a fost observată la clienții ce au trecut printr-un proces terapeutic. Este vorba despre faptul că aceștia permit fiecărui membru al familiei din care fac parte să fie o entitate separată. Pare ceva ciudat însă este cel mai radical pas. Mulți dintre noi suntem, probabil, inconștienți în legătură cu **presiunea** pe care o exercităm asupra soților, soțiilor, copiilor, cerându-le să aibă aceleași sentimente ca și noi. Adesea e ca și cum am spune: „dacă vrei să te iubesc trebuie să ai aceleași sentimente ca mine. Dacă eu sunt de părere că este rău comportamentul tău și tu trebuie să ai aceeași părere. Dacă eu sunt de părere că e necesară atingerea unui anumit scop și tu trebuie să crezi la fel. „Se pare că persoanele care au trecut printr-un proces de terapie (centrată pe persoană) au o tendință opusă celor de mai sus. Există dorința ca celălalt să aibă sentimente, valori, scopuri diferite.

Pe scurt există dorința ca celălalt să fie o persoană separată, autonomă. Această tendință se poate releva, după părerea lui Rogers, la o persoană care descoperă că poate avea încredere în propriile sentimente și acțiuni, descoperă că impulsurile sale nu sunt distructive și nu are nevoie să stea în poziție de apărare, putând înfrunta viața așa cum este ea. Învățând să creadă în el însuși, în unicitatea sa, clientul devine capabil să aibă încredere în soție, copil și să accepte sentimentele unice și valorile care există în altă persoană.

Ceva din cele afirmate mai sus poate fi ilustrat cu ajutorul unei scrisori trimisă de către o femeie și soțul ei către terapeut: „am realizat că l-am reiectat pe Philip (14 ani) pentru indiferența lui în a realiza ceea ce doream eu ca el să realizeze. Aveam pentru el anumite standarde. După ce am încetat să mai îmi iau cea mai mare responsabilitate pentru scopurile lui și am început să îl tratez ca pe o persoană cum totdeauna am tratat-o pe Nancy (sora lui P.), e surprinzător ce schimbări au suferit atitudinile lui. Nu a fost vorba de un cutremur de pământ ci de căldură sufletească. Nu am mai fost severi în legătură cu școala și într-o zi a luat un S (satisfăcător) la matematică. A fost prima dată în acel an”.

Câteva luni mai târziu, urmează scrisoarea soțului: „nu l-ai mai recunoaște pe Phil... Merge mult mai bine la școală, deși nu ne așteptăm să termine „cum laude”. Tu ai o mare contribuție la această ameliorare, pentru că el a început să meargă bine atunci când i-am dovedit că am început să cred în el și am încetat să-l modelez după imaginea tatălui lui la aceeași vârstă”.

Acest concept care se referă la **încrederea în individ**, în capacitatea lui de a fi el însuși a avut o mare importanță pentru Rogers. Să urmărim ce ar însemna dacă un copil ar fi tratat astfel de la bun început, în viziunea terapeutilui. Să presupunem că, copilului, i s-ar permite să aibă și să-și exprime propriile sentimente, să presupunem că niciodată nu ar trebui să renunțe la sentimentele sale pentru a fi iubit. Să presupunem că și părinții ar fi liberi să-și exprime propriile sentimente, care adesea ar fi diferite de ale copilului și, adesea, diferite de ale celuilalt. Asta ar însemna că, în acest caz,

copilul ar crește **respectându-se pe sine ca unică persoană**. Ar însemna că și atunci când comportamentul său ar fi frustrat, el ar fi stăpânul propriilor sale sentimente. Comportamentul său ar avea un **echilibru**, luând în considerare atât propriile sale sentimente, dar și pe ale altora. El ar fi un individ responsabil pentru propria sa viață, el niciodată nu și-ar ascunde sentimentele de el însuși, nu ar avea nevoie să trăiască în spatele unei fațade. Ar scăpa relativ de efectele dezadaptării.

#### • Concluzii

Dacă au fost identificate corect tendințele în experiența practică se pare că terapia centrată pe persoană are multe implicații în viața de familie. Se pare că individul este satisfăcut atunci când își exprimă emoțiile, sentimentele persoanelor apropiate. Acest lucru este mai satisfăcător decât să se nege că aceste sentimente ar exista sau, dacă ar fi lăsate să se acumuleze într-un grad foarte mare, sau ar fi exteriorizate în alte situații decât cele care le-au determinat.

Se pare că pentru individ este mai satisfăcător să trăiască relațiile familiale pe baza sentimentelor care există decât în spatele fațadei (unei măști). Teama că relația va fi distrusă dacă ies la iveală adevăratele sentimente este nefondată.

Clienții au mai descoperit că, cu cât își exprimă sentimentele mai liber, cu atât mai mult masca dispăre, o pot pune de o parte, comportamentul de suprafață urmând atitudinile fluctuante. Astfel clienții ascultând o persoană pentru prima dată, pot înțelege ceea ce simte celălalt și de ce simte așa. Relația interpersonală e guvernată de înțelegerea reciprocă.

O altă tendință importantă este dorința ca fiecare să fie el însuși, dacă „îmi permit să fiu eu însumi, îi voi permite și celuilalt să fie el însuși, cu tot ceea ce decurge de aici.” Aceasta înseamnă că cercul familial tinde să devină format din persoane unice cu scopuri și valori proprii, însă strânse, legate de sentimente pozitive, reale, sentimente care există între ei.

Relațiile dintre membrii familiei mai sunt bazate pe înțelegerea reciprocă a lumii private a fiecăruia.

Acestea sunt efectele pe care Rogers crede că le are terapia centrată pe persoană. Individul devine în mare măsură el însuși, viața de familie se ameliorează. Fiecărui membru al familiei i se permite să descopere și să devină el însuși.

## 7. Terapia rogersiană de grup (grupul de întâlnire)

Schimbară terapeutică se poate produce și la nivelul grupurilor, la fel de bine ca și cea din psihoterapia individuală.

Rogers afirmă că astfel de grupuri au fost dezvoltate de Kurt Lewin începând cu 1940. Mișcarea grupului a continuat. Laboratoarele Naționale de Training (NTL) oferă ședințe de training pentru organizațiile de afaceri în vederea creșterii performanțelor manageriale și executive (Rogers, 1970). Adesea grupurile servesc la creșterea experienței privind sănătatea populației mai mult decât ca mijloace de tratament ale problemelor emoționale ale acesteia.

Rogers numește grupurile sale „grupuri de întâlnire”. Ele au ca scop îmbunătățirea relațiilor interpersonale și o mai bună cunoaștere de sine. Grupurile au un mediator care dirijează (orientează) participanții și, se consideră că o formă relativ nestructurată a grupului ar fi cea mai bună.

Terapeutul ne descrie grupul ca o structură extrem de simplă, și se exprimă adesea cu fraze de genul: „suntem cu toții aici. Putem face ca această experiență de grup să fie exact cum dorim noi”. Acesta susține că o înaltă programare a exercițiilor în cadrul grupului este esențială doar pentru leaderul grupului; responsabilitatea revine astfel acestuia în loc să fie împărțită între membrii grupului. Grupul ar trebui să fie centrat pe membri așa cum terapia e centrată pe client.

Betty Meador (1970) a făcut un studiu asupra unui grup de întâlnire ce a lucrat 16 ore intensiv într-un weekend. Au fost 8 participanți și 2 moderatori. Fiecare participant a fost filmat în secvențe de două minute din 10, în timpul fiecăreia din cele 5 ședințe de grup. Aceste secvențe au fost puse apoi pe scara Rogers a proceselor<sup>1</sup>. Redăm mai jos tabelul cu cele 7 stadii ale proceselor (pag. 109).

### Caracteristicile comportamentului în cele 7 stadii ale proceselor de grup

1. Comunicări despre realitatea exterioară mai mult decât despre sentimentele proprii care sunt nerecunoscute sau prezente ca percepții rigide („constructe”):

- teamă de relații interpersonale apropiate;
- lipsa dorinței de schimbare.

2. Problemele sunt văzute ca exterioare sieși; lipsa responsabilității privind problemele, câteva sentimente descrise în trecut sau ca aparținând altora:

- neconștientizarea contradicțiilor;

3. Vorbesc mult despre sine și despre sentimente trecute:

- sentimentele prezente nu sunt acceptate;
- recunoașterea contradicțiilor, constructe mai puțin rigide;
- șansele văzute ca ineficace;

4. Sentimentele prezente sunt recunoscute și exprimate, dar cu teamă și parțial acceptate

- mai mare deschidere a constructelor privind experiența;
- recunoașterea incongruenței între sine și experiență;
- se recunoaște pe sine ca responsabil pentru problemele avute.

5. Sentimentele sunt exprimate liber în prezent:

- sentimentele sunt surprinzătoare și amenințătoare;
- sunt descoperite noi constructe personale;
- dorința de a fi „adevăratul eu”, chiar dacă imperfect.

6. Experiența imediată a sentimentelor trăite foarte aproape de momentul prezent, nevoia de experiență imediată și acceptarea ei:

- experiență personală a existenței trăite în momentul prezent, nu ca un obiect;
- „pierderi” psihologice (lacrimi, suspine, relaxare musculară);
- experiență subiectivă în locul „problemelelor” definite;

7. Noi sentimente trăite din plin și imediat:

- experiența este nouă și prezentă, nu se referă la situații trecute;
- sinele este o recunoaștere a experienței trăite, nu un obiect;

- constructele sunt tentante și ușor de adunat, pot fi testate;
- sentimentele ajută la formarea ideilor;
- experiența bogată a șansei.

Ca medie, participanții la grupul de întâlnire au crescut cu un stadiu și 1/2 pe scala proceselor în timpul acestui weekend. Nu li s-a pus întrebarea cum această schimbare le afectează comportamentul la întoarcerea în condițiile obișnuite de viață, de zi cu zi.

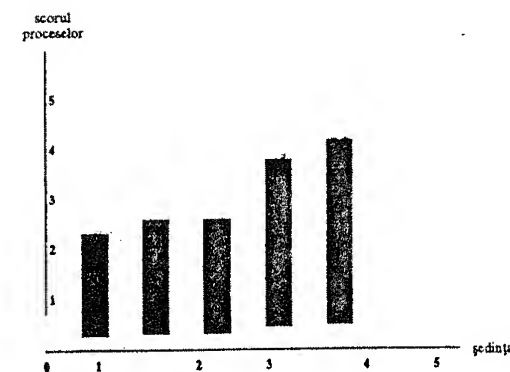
Rogers atribuie interesul crescut pentru grupurile de întâlnire, în mare parte, creșterii singurătății.

În figura de mai jos este evidențiată clar schimbarea

Relațiile interpersonale sunt mult mai superficiale decât în trecut și unii oameni recurg la experiența de grup pentru înlăturarea singurătății cauzată de condițiile moderne.

Terapia de grup a fost acceptată pentru rezolvarea unei varietăți crescute de probleme personale, inclusiv abuzul de alcool și droguri. Dacă psihoterapia individuală facilitează schimbările individului, terapia de grup promovează vindecarea. Cunoștințele celorlalți membri ai grupului pot ajuta alcoolicii să-și recunoască propriile probleme, acesta fiind un pas important către schimbare (Rugel & Barry, 1990).

Schimbările proceselor în timpul grupului de întâlnire



Legendă: scorul mediu al proceselor

Cele 7 stadii ale proceselor

Stadiul	Caracteristicile comportamentului
1	<ul style="list-style-type: none"><li>• comunicări despre realitatea exterioară mai mult decât despre sentimentele proprii care sunt nerecunoscute sau prezente ca percepții rigide („construite”);</li><li>• teamă de relații interpersonale apropiate;</li><li>• lipsa dorinței de schimbare;</li></ul>
2	<ul style="list-style-type: none"><li>• problemele sunt văzute ca exterioare sieși;</li><li>• lipsa responsabilității privind problemele;</li><li>• câteva sentimente descrise în trecut sau ca aparținând altora;</li><li>• neconștientizarea contradicțiilor;</li></ul>
3	<ul style="list-style-type: none"><li>• vorbesc mult despre sine și despre sentimente trecute;</li><li>• sentimentele prezente nu sunt acceptate;</li><li>• recunoașterea contradicțiilor, construite mai puțin rigide;</li><li>• șansele văzute ca ineficace</li></ul>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>• sentimentele prezente sunt recunoscute și exprimate, dar cu teamă și parțial acceptate;</li><li>• mai mare deschidere a constructelor privind experiența;</li><li>• recunoașterea incongruenței între sine și experiență;</li><li>• se recunoaște pe sine ca responsabil pentru problemele avute;</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>• sentimentele sunt exprimate liber în prezent;</li><li>• sentimentele sunt surprinzătoare și amenințătoare;</li><li>• sunt descoperite noi constructe personale;</li><li>• dorința de a fi „adevăratul eu”, chiar dacă imperfect;</li></ul>
6	<ul style="list-style-type: none"><li>• experiența imediată a sentimentelor trăite foarte aproape de momentul prezent, nevoia de experiență imediată și acceptarea ei;</li><li>• experiență personală a existenței trăite în momentul prezent, nu ca un obiect;</li><li>• „pierderi” psihologice (lacrimi, suspine, relaxare musculară);</li><li>• experiență subiectivă în locul „problemelor” definite;</li></ul>
7	<ul style="list-style-type: none"><li>• noi sentimente trăite din plin și imediat;</li><li>• experiența este nouă și prezentă, nu se referă la situații trecute;</li><li>• sinele este o recunoaștere a experienței trăite, nu un obiect;</li><li>• constructele sunt tentante și ușor de adunat, pot fi testate;</li><li>• sentimentele ajută la formarea ideilor;</li><li>• experiență bogată a șansei.</li></ul>

Capitolul 4

PSIHOTERAPIA EXISTENȚIALĂ  
SAU EXPERIENȚA CĂUTĂRII  
SENSULUI FIINȚEI.  
DE LA PIERDEREA DE SINE LA  
REGĂSIREA DE SINE

Iolanda Mitrofan  
Doru Buzducea

CUPRINS

1. Fundamente filosofice .....	114
2. Experiența anxietății existențiale - o „rampă de lansare” pentru un nou „modus vivendi” .....	114
3. Impasul existențial și consecințele sale .....	116
4. Analiza existențială. ....	119
5. Un caz paradigmatic - abordare din perspectiva existențială .....	124
6. Alte studii exemplificative: .....	128
• Cazul unui pervers sadic .....	128
• Cazul Walt sau „pentru ce să trăiești?” .....	129
• Ilinca sau „rătăcirii și dileme existențiale” .....	130
7. Sugestii pentru antrenament formativ al terapeutului - autoanaliză și problematizare .....	132



## 1. Fundamente filosofice:

Sorgintea acestei orientări terapeutice se află în existențialismul filosofic european ce are ca principali reprezentanți pe: M. Buber, M. Heidegger, S. Kierkegaard, G. Marcel, J.P. Sartre, precum și în filosofia și psihologia orientală ceea ce a dus la orientarea spirituală, transpersonală din cadrul curentului umanist al psihoterapiei.

Acești filosofi existențialiști vorbesc despre omul singular ca entitate unică, irepetabilă, activă și cu o capacitate nelimitată de creștere și dezvoltare, ca fiind o ființă în devenire și niciodată „sfârșită”.

**Martin Buber (1878 - 1965):** pornind de la dialogul biblic dintre Om și Dumnezeu a elaborat dialogul dintre Eu și Tu ca o condiție a cunoașterii și a existenței autentice. Conceptele fundamentale ale filosofiei sale sunt: creație, revelație, mântuire. Accentuează caracterul intuitiv și relevant al întâlnirii „hic et nunc” ca modalitate de cunoaștere a personalității umane. Prin astfel de întâlniri pline de spiritualitate poate fi descoperită și Instanța Supremă.

**Martin Heidegger (1889 - 1976):** afirmă că neliniștea ontologică se datorează sentimentului de temporalitate. A ființa în lume înseamnă a fi legat de lume, a fi preocupat de lume (vezi M. Heidegger, 1994).

**Soren Kierkegaard (1813 - 1855):** filosof de origine daneză, întemeietor al existențialismului creștin. Consideră că adevărul se găsește în om și numai la nivelul persoanei se poate vorbi cu adevărat de existență. Aceasta este expusă tensiunii tragice dintre aspirația atingerii eternității și incertitudine în ceea ce privește lumea înconjurătoare, plasată într-un timp ireversibil. Drept soluție terapeutică, filosoful propune asumarea din plin a tragicului, iar pentru realizarea unui comportament autentic, omul trebuie să parcurgă mai multe stadii distincte și suprapuse:

**a. stadiul estetic:** imperativul călăuzitor este: „bucură-te de clipă!”. Subiectul uman se află sub controlul împrejurărilor, sesizează clipa dar recunoaște repede vanitatea bucuriei. Personaje literare celebre aflate în acest stadiu sunt: Don Juan, Faust, Evreul rătăcitor, care trăiesc în plăcere, dar sfârșesc în eșec.

Soluția ieșirii din acest stadiu este ironia.

**b. stadiul etic:** dictonul acestui stadiu este: „să-ți faci datoria!”. Individul este supus legii morale, duce o viață coerentă dar riscă să se piardă sub povara obligațiilor etice uniformizante. Atunci, prin umor trece la un al treilea stadiu, un stadiu divin, transpersonal.

**c. stadiul religios:** se trece de la imanență la transcendență, de la finit la infinit, de la temporal la atemporal. Spiritualul începe acolo unde se deschide tragicul, angoasa. Neliniștea ontologică cauzează mutația individului spre sferele superioare ale existenței unde are loc întâlnirea cu supranaturalul.

**Gabriel Marcel (1889 - 1973):** postulează un transcendent absolut spre care omul tinde permanent. Acesta nu poate fi atins și astfel apare „criza existențială” ce are ca remediu conștientizarea condiției umane.

**Jean Paul Sartre (1905 - 1979):** susține că existența umană se află „încrămățată în proiect”. De aceea omul devine persoană numai atunci când descoperă și înțelege sensul existenței iar înțelegerea sensului existenței depinde de conștientizarea proiectului original care „comandă” în mod inconștient determinarea noastră.

## 2. Experiența anxietății existențiale - o „rampă de lansare” pentru un nou „modus vivendi”

Așa cum reiese din ideile expuse mai sus, individul „normal” înțelege în lume, este parte din existență și ca atare se manifestă liber și spontan, creativ și natural. Prin procesul de alienare are loc „ruperea de lume”, „tăierea” din existență; subiectul se îndreaptă vertiginos spre drumuri închise, blocate, psihopatologice. În acest moment se impune intervenția psihoterapeutului pentru a acorda suport psihosocial și pentru a participa la curățirea „psihosferei” și „socioferei” din care face parte clientul. „Existențialiștii utilizează noțiunea de empatie mediată pentru a înțelege „lumea” depresivului, a maniacului, a obsesivului, a schizofrenului etc. Punându-se în situația pacientului, ei încearcă să interpreteze simptomele individuale

pe baza conceptelor filosofice” (V. Predescu, 1989, p. 59).

Omul, ca ființă liberă și creativă construiește proiecte existențiale și apoi se angajează - pentru devenirea întru ființă - pe drumul prevăzut și cuprins în proiect. Eșecurile, blocajele sau orientările greșite pe un astfel de „drum existențial” îl pot marca profund pe individ, uneori împingându-l spre sfera psihopatologiei. De aceea terapeutul asigură clientului aflat în impas existențial o punte spre realitate, participă la eliberarea acestuia de teamă și complexe afective, redându-i speranța și libertatea. Psihoterapia conduce la o existență autentică și entuziastă. „Ea propune o valorizare a vieții pe care nevroza o contestă” (I. Vianu, 1975, p. 31).

Așadar profesia de psihoterapeut presupune vocație și pasiune în rostirea Logosului vindecător și a crezului umanist-existențialist prezent sub o formă sau alta în toate momentele istoriei umanității chiar dacă nu a fost proclamat cu tărie decât pe alocurea. „Majoritatea psihoterapeuților provin din trei profesii care se ocupă cu sănătatea mentală: psihologie clinică, psihiatrie și asistență socială clinică sau psihiatrică” (J.S. Simkin, 1978, p. 273).

Acest curent terapeutic accentuează potențialul psihic, energetic existent în ființa umană; ceea ce trebuie să facă clientul este să declanșeze această energie psihică latentă prin eliminarea barierelor psihice constituite. Scopul terapiei existențialiste este contracararea alienării, în felul acesta realizându-se atât obiective intrapersonale (autenticitate, creativitate, echilibru spiritual) cât și obiective interpersonale (spontaneitate în relația cu semenii, percepție și integrare socială).

Abordarea terapeutică existențialistă consideră omul ca fiind unic în felul său, o entitate sui generis, o valoare incomensurabilă ce trebuie percepută ca atare. Se pune accent pe autodeterminarea personalității, pe construirea propriului destin, pe creativitate, spontaneitate și autenticitatea ființei umane.

Nu există boală psihică în concepția existențialistă, ci numai situații problematice și impasuri existențiale, ceea ce înseamnă pierderea sensului existenței ca urmare a scăderii și reprimării potențialului uman.

Impasul existențial este considerat un fenomen ontologic iar nevroza, expresia disperării existențiale. Anxietatea, teama, panica și sentimentul de culpabilitate apar datorită unei subestimări a propriei persoane sau a neacceptării condiției umane, fapt ce duce la depersonalizare și apatie, la „situații-limită” ce determină o existență umană alienată, absurdă, izolată și lipsită de sens.

În timpul relației terapeutice clientul trebuie să-și exprime cât mai clar și fără echivoc gândurile și sentimentele, să-și exprime emoțiile „hic et nunc”, să-și caute singur un plan de acțiune, terapeutul asigurând climatul psihologic necesar unei dezvoltări armonioase a personalității. Climatul terapeutic este de acceptare necondiționată, înțelegere și comunicare mutuală, valorizare și încurajare. Terapeuții de orientare existențialistă împărtășesc clienților propriile sentimente, valori, experiențe de viață. Deoarece se urmărește implementarea responsabilității în propriul sistem axiologic, clienții trebuie să învețe să răspundă în mod autentic la realitatea prezentă, „piatra unghiulară” a psihoterapiei existențialiste fiind experiența imediată, aici și acum. Se urmărește transformarea anxietății nevrotice în anxietate normală, conștientizată, cât și dezvoltarea capacității de a trăi în condițiile acesteia. De asemenea se urmărește metamorfozarea culpabilității nevrotice într-una normală pentru a o utiliza în mod creativ.

În limbaj clinic înțelegem prin anxietate teama fără obiect, neliniște, însoțită de tensiune intrapsihică, agitație, iritabilitate și simptome somatice de tipul echivalenților anxioase (palpitații, dispnee, etc). În concepția existențialistilor, anxietatea este considerată a fi pozitivă, deoarece prin intermediul ei individul conștientizează faptul că existența este limitată (fragilă) și de aceea individul este singurul responsabil de scopul și direcția propriei vieți. Deci, aceasta este văzută - metaforic vorbind - ca „rampă de lansare” spre căutarea și conturarea unei noi vieți, a unui nou „modus vivendi”. Modul de viață inautentic este lipsit de responsabilitate personală, se află sub controlul forțelor exterioare.

Autenticitatea constă în informare corectă, realistă și schimbare în conformitate cu valorile

recunoscute, înseamnă o dezvoltare reflexivă și nu o atitudine impulsivă.

Cea mai mare importanță o are relația terapeutică care începe printr-o „întâlnire”, ca modalitate de a pătrunde psihologic „unul într-altul” realizându-se astfel transferul terapeutic, posibilitatea de a comunica unul cu altul într-o manieră intuitivă, directă, empatică. Această întâlnire se produce „în moment” („aici și acum”), dar și în devenire. Specialiștii în domeniul științelor socio-umane vorbesc despre dezvoltarea unui „al treilea sistem de semnalizare” care să însemne transmiterea gândurilor și sentimentelor fără ajutorul cuvintelor. Experiența terapeutică existențialistă poate insinua și chiar dezvolta o astfel de modalitate metacomunicațională (vezi E. V. Doniken, 1970).

Prin întâlnirea personală obținem o imagine intrinsecă a clientului, ni se dezvăluie printr-o cunoaștere „intuitivă” și „relevantă” chiar esența ființei sale. J.L. Moreno vorbea despre o astfel de întâlnire: „momentul nu ca parte a istoriei, ci istoria ca parte a momentului”. Terapeutul nu fixează obiective ce trebuie atinse, nu încearcă să-l schimbe pe client ci doar îl ajută să-și valorifice potențialul psihic latent, relația fiind de la om la om, terapeutul fiind considerat „ab initio” o ființă omenească, nicidecum un specialist. „Idealul psihoterapiei este crearea omului spontan, activ, creativ, autentic” (I. Holdevici, 1993, p. 50), adică întoarcerea ființei la izvoarele sale regeneratoare.

**Terapia existențialistă nu lucrează cu anormalitatea, ci cu ceea ce mai este încă bun și sănătos în ființa omenească.** În spiritul acesta considerăm că nu trebuie distrus universul existențial al clientului, ci **metamorfizat într-unul realist, autentic și sănătos.** Clientul trebuie să fie motivat pentru schimbare, să dorească transformarea propriei personalități, să fie interesat și capabil de relaționare terapeutică. Psihoterapeutul acționează printr-o atitudine terapeutică deschisă, binevoitoare, autentică, lipsită de concepte abstracte și promisiuni nerealizabile. Analistul se implică în mod empatic dar clientul ia decizia schimbării, terapeutul centrându-se pe sentimente și nu pe fapte. El se concentrează pe client și nu pe problemele acestuia.

Dialogul existențial „se face”, nu neapărat se vorbește. Se folosesc cuvinte potrivite știut fiind faptul că Logosul are valențe vindecătoare. „Cuvântul e o taină sfântă ce trebuie administrată cu maximă delicatețe” (Ortega Y Gasset, 1993).

Psihologia umanist-existențialistă propune înlocuirea ideii de „boală psihică” cu cea de „problemă umană”, de **impas existențial**. Se consideră că **maturizarea** reprezintă o precondiție esențială a libertății și realizării de sine, iar **sinceritatea și umorul sunt condiții ale creșterii autentice**. Rolul hotărâtor în maturizare revine însă capacității de comunicare, pasiunii rostirii cuvântului, transmiterii mesajelor interumane, socializării prin cuvânt și informație. „Nici un fenomen smuls, dezinserat din comunicare, nu mai poate fi numit fenomen de adaptare psihologică” (Ed. Pamfil și D. Ogodescu, 1973, p. 140). Și aceasta „pentru că alături de limbajul conceptual există un limbaj emoțional; alături de limbajul logic sau științific există un limbaj al imaginației poetice. La origine limbajul nu exprimă gânduri sau idei, ci sentimente și emoții” (E. Cassirer, 1994, p. 44).

### 3. Impasul existențial și consecințele sale

Încercarea eseistică de cuprindere în concept și definire a impasului existențial se înscrie pe coordonatele psihopatologiei antropologice iar pentru o înțelegere mai clară a acestuia vom apela la modelul triontic (Eu-Tu-EI) de organizare și structurare a personalității (Pamfil și Ogodescu, 1976) care definește individul ca fiind sinteza dinamică a trei mișcări care se împlinesc într-o singură unitate ontică.

Ipseitatea (Eu) reprezintă polul formal, funcția energetică, immanentă și creatoare, iar tuitatea (Tu) reprezintă polul structural, funcția antientropică, ordinea și coerența. Illeitatea (EI) este polul sistemic, funcția axiologică, valoare și semnificație. Aceste funcții (energetică, antientropică și axiologică) asigură o existență triumfiulară în mișcare și agitație continuă. Astfel se realizează o complementare deplină, echilibrată și spontană.

Ipseitatea sau condiția arhaică, primitivă ce garantează conservarea, este energia secretă, vitală și obscură. Prin tuitate se realizează identificarea (regăsirea) iar illeitatea asigură diferențierea, devenirea și individualizarea. „Fără Tu, nu am ști niciodată dacă existăm sau nu. Iar fără EI, nu am ști niciodată dacă am murit sau nu” (Ed. Pamfil și D. Ogodescu, 1976, p. 15).

Disoluția acestei organizări triontice duce la **impas existențial**, la boala psihică, la depersonalizare și pierderea echilibrului, individul devenind consumat, condamnat, spulberat și anihilat. O situație limită duce la o existență umană izolată, alienată, însingurată, absurdă și lipsită de sens. Orice subiect uman vine pe lume cu o încărcătură ancestrală, psihologică și biologică, fapt ce se exprimă în biopsiho-ritmuri precum și în cosmoritmuri. Aceste energii potențiale trebuie cunoscute și conștientizate pentru construirea propriului destin. Deoarece viața capătă sens prin întâlnirea cu altul, prin comunicare și schimb informațional putem avansa ideea că lipsa transmiterii informației duce la deficit afectiv și energetic, la distorsiuni interne, la jenă și scadere a randamentului. Tuitatea exprimă necesitatea comunicării deoarece Tu (reper gnoseologic) este sursa afectivității, a iubirii și a cunoașterii. Prin Illeitate (EI) se înlătură nesiguranța și anxietatea, se asigură nesfârșirea și anticiparea. Aceasta instanță împinge persoana spre angajare axiologică în lume, este rădăcina generoasă a ființei umane, asigură fiorul sacru al comunicării, este forța solară a devenirii care regizează întreaga viață, instanța purtătoare de valențe vindecătoare.

Modelul triontic pe care l-am descris mai sus este o psihologie antropologică cu profunde rădăcini axiologice, nu este un sistem ci o ontologie dialectică, iar „principiul triontic nu este nici transcendent, nici magic, nici religios, ci immanent lumii universale, traversând orice organizare ontică” (Ibidem, p. 46).

Antropologia existențialistă, fenomenologică accentuează pe diferențierea ființei, pe individualitate și unicitate. Există situații psihopatologice înțelese ca momente limită ale individului care evidențiază valoarea psihologiei antropologice în explicarea și înțelegerea

acestora precum și valențele analizei existențiale în asistarea clienților aflați în **impas existențial**. Uneori trăiri fundamentale omului ca: anxietate, obsesia, tristețea, sentimentul de vinovăție care au o intensitate mare conduc la comportamente aberante. „Dacă un om a ajuns să fie depășit de forțe externe, interpersonale sau intrapsihice (cu alte cuvinte de nevoi contradictorii) atunci, o vreme, armonia este pierdută” (V. Coughed, 1993, p. 60).

În concepția psihoantropologului Mircea Lăzărescu (1989) **impasul existențial** este o stare de minus energetic ceea ce înseamnă o stagnare chinuitoare a funcțiilor psihice, o inhibiție temporară a unor funcționalități ceea ce duce la simplitate și dizarmonie, la destruc-turarea personalității și la dezimplicare, individul nemaînscriindu-se pe axa antropologică a devenirii.

Impasul existențial înțeles ca și situație de criză poate duce și la o regresie pe axa timpului antropologic, la o cădere în fazele primare, infantile, la îngustarea câmpului libertății interioare, la neputința creativă și la diminuarea autocontrolului, la pierderea spontaneității și la prăbușirea devenirii. Omul parcurge „drumuri existențiale” care pot avea uneori aspectul unui proces dramatic, încărcat de tensiune și dinamism interior tragic, o stare de vifor lăuntric, de criză sufletească datorată eșecului în construirea propriului destin. Impasul existențial se manifestă ca o „încrămenire în proiect”, ca imposibilitatea depășirii limitei interioare determinată psihogenetic, sau ca imposibilitatea depășirii maladiilor de destin: mutismul, lenea, eșecul, încăpățănarea, ce duc la o metamorfozare sufletească chinuitoare, la o „schilodire” psihică.

În sens antropologic, **impasul existențial**, în forma sa gravă duce la o zdruncinare puternică a memoriei ontologice a persoanei, ceea ce poate lua forma alterării reacțiilor și atitudinilor sale în raport cu diverse situații și procese dramatice de viață.

Astfel, prin aceste „parcursuri existențiale” sau procese dramatice apar trăiri de neuitat care sunt resimțite intens și dau adâncime prezentului. De fapt viitorul este conținut în prezent prin angajare imaginativă în diferite proiecte, speranțe, aspirații, prin deschiderea întru devenire.

Există situații când anumite evenimente surprind omul total nepregătit pentru a le face față, ca urmare este luat prin surprindere și astfel se poate instala o stare reactivă psihopatologică. „De exemplu, omul poate fi surprins de un cutremur de pamant, de un atac banditesc, de o surpare în mina unde lucrează, de o jignire, de vestea morții neașteptate a tatălui, de un accident rutier, când e rănit” (M. Lăzărescu, 1989, p. 33). Există și evenimente psihotraumatice majore ca: inundații masive, naufragii, incendii, violul unei fete sau moartea iubitei care se vor manifesta în plan psihic prin presiune negativă și stare tensională. „Un om supus unei acuze nedrepte poate suferi săptamâni de groază” (Ibidem, p. 35). În aceste cazuri se poate instala anormalitatea prin „fixarea” persoanei într-un prezent unimodal, nedinamic și lipsit de fundal, de adâncime atemporală, fără încadrare și fără perspective.

De asemenea se întâlnesc și situații de deformare cognitivă a „testării realității”, care poate determina, întreține sau amplifică stări depresive, de suspiciune, obsesie sau anxietate. Acest fapt se datorează învățării patologice prin scheme cognitive distorsionate care va duce la fisuri în structura personalității, la lipsa libertății interioare, iar mai târziu se vor manifesta prin răceală afectivă, ambiguitatea mesajelor, neclaritatea rolurilor. În acest context am putea aminti și imitația anumitor patternuri comportamentale ale familiei de origine. „Primele modele comportamentale de relaționare cu sexul opus și de conduită familială marchează, fără îndoială, evoluția fiecărui individ. Relația dintre părinți devine astfel reper conștient sau uneori „inconștient” mereu reactualizat, cu voia sau fără voia adultului, în propriile lui relații maritale. Se instituie astfel de foarte timpuriu în viața unui copil supus climat familial dizarmonic, ostil sau anxios, o „predispoziție” la repetarea în contexte similare, mai târziu, a unor conduite și moduri de reacție fixate adânc în „memoria afectivă”. Sensibilitatea fiecăruia dintre noi păstrează de cele mai multe ori mai ales informații dureroase, „cicatrici psihice” care se pot redeschide în condiții asemănătoare celor care le-au declanșat, chiar cu foarte mulți ani în urmă.

„Vocația nefericirii conjugale” poate fi uneori anticipată prin analiza „istoriei” conjugale zbuciumată a familiilor de origine ale fiecăruia dintre soți (I. Mitrofan și N. Mitrofan, 1994, pag. 128).

De cele mai multe ori, deformarea realității este cauzată de existența unor falsuri în schemele cognitive constituite care intervin activ în procesarea informației. Se vorbește chiar și de existența unor scenarii cognitive de viață (M. Miclea, 1994).

Consecințele impasului existențial în plan antropologic sunt: sentimentul eșecului, senzația de gol interior, amara nemulțumire de sine, crispări și neliniște, dezamăgire, anxietate, straniețe, perplexitate. Cea mai „dibolică” sursă a impasului existențial este eșecul unui proiect de destin în care omul a investit speranță și energie, credință și așteptare, pentru care s-a zbatut și pentru care a luptat și care devenise un crez pentru împlinirea ființei sale. și de aceea eșecul naște goliciune psihică, disperare și derută dar poate duce și la o analiză a sinelui în perspectiva unor noi angajări pe parcursuri existențiale de durată care să alunge și să evite dezolarea, nemulțumirea, furia și depresia.

Toți oamenii au nevoie de dragoste și iubire iar lipsa acestora poate naște insatisfacție; se poate vorbi și despre „dragoste și stare depresivă” (M. Lazarescu, 1989). Dacă sunt „forțat” să trăiesc la distanță fața de iubită ajung să: „nu mă mai identific acum nici cu rasa mea, nici cu zeii mei, nici cu tribul din care fac parte; pot să-mi uit părinții și pot să resimt numele sau casta care mă desparte de cel pe care îl iubesc drept un blestem. Pe de altă parte, pentru că ceea ce nu-mi aparține devine al meu, eu pot să preiau zeii, numele, limba sau casta celuilalt. Sunt gata să renunț la ceea ce mă definește și sunt gata să mă definesc prin ce nu este al meu” (G. Liiceanu, 1994, pag. 117).

Totuși, criza sufletească ia naștere când individul se dezice de propriul eu, de propria limbă și de proprii părinți, de neamul în care a fost așezat de către zei. Astfel, prin dedublare psihică, ajunge să se identifice cu iubita izvorâtă din marea tulburată a crizei existențiale, un fel de imagine gen „sirenă” care-l împinge veriginos spre prăpastie psihopatologică.

Această perspectivă duplicitară a existenței sale declanșează procesul de autocondamnare și autoblamare, de neacceptare de sine. În aceste momente îl apucă urâtul, plictisul, și goana după distracții care nu-l pot satisface. Existența sa devine inutilă, un vis urât, speranța i se scurge printre degete, devine extrem de influențabil, nu are o concepție stabilă despre lume, este lipsit de originalitate și spontaneitate, nu-l impresionează nici măcar dramele, nu-l mai bucură muzica, femeia frumoasă, florile sau o veste bună, poate chiar „muri de inimă rea” (M. Lazarescu, 1989).

Impasul existențial se poate prelungi în nevroză sau psihoză dar nu trebuie uitat faptul că de cele mai multe ori criza sufletească poate fi și un element des întâlnit pe ordinea de zi a fiecărei ființe umane. „Omul poate deveni trist, depresiv, dacă și-a pierdut banii, dacă i-a ars casa, dacă i s-au înecat corăbiile... disperarea îți zdrobește pieptul, te face să-ți zmulgi părul din cap, să plângi în hohote, să urli, să te sinucizi” (ibidem, pag. 166). În general, impasul existențial văzut ca dimensiune a suferinței umane consubstanțială existenței oricui poate fi, desigur, un punct de plecare pentru trăiri patologice. Așadar, situația problematică bate insistent la porțile psihopatologiei dorind parcă o cedare a terenului în favoarea bolii psihice.

Și, în final, putem avansa ideea că, anxietatea, reprezintă „calul troian” trimis de impasul existențial în structura (templul) personalității, pentru ca, mai târziu, psihopatologia (o armată de ostași necruțători) să invadeze întreaga ființă a subiectului uman aflat în criza existențială.

#### 4. Analiza existențială

Se bazează pe filosofia existențialistă cu privire la natura umană și de aceea, înainte de a înțelege metoda terapeutică în sine se face necesară clarificarea câtorva concepte filosofice fundamentale.

**Conceptul de existență (ex-sistere)** care înseamnă „a apărea, a ieși”, acesta fiind scopul primar al existențialiștilor, descrierea omului ca apariție și devenire în întregime, ca un tot unitar. Rollo May afirma că „dilema umană este dată de capacitatea omului de a se experimenta

ca subiect și obiect în același timp. Ambele experimente sunt necesare - pentru psihologie, terapie și pentru o viață îndestulătoare” (1968, p. 8). Același psiholog vede **libertatea umană ca fiind capacitatea individului de a experimenta ambele modele**, de a trăi într-o relație dialectică, oamenii nefiind mașini construite după necesități sau reguli matematice.

Se impune să facem diferența dintre „**existență**” și „**esență**”.

A înțelege realitatea înseamnă efortul discret de a o separa în părțile componente. Concepția dialectică asupra experienței individului nu explică însă ce înseamnă existența autentică. Analiza existențială (Dasein Analyse) ca metodă terapeutică a fost dezvoltată de către Ludwig Binswanger (1942), psihiatrist, prieten cu Freud și Jung, care abandonează freudismul în favoarea fenomenologiei lui E. Husserl, iar în ultima parte a vieții e interesat de opera lui M. Heidegger, construindu-și astfel o veritabilă antropologie. Acesta ajunge la concluzia că numai trăind în lume se poate învinge dilema umană, „despicarea” subiect-obiect.

**Conceptul Dasein („a fi acolo”)** se traduce prin „existență”, ce permite înțelegerea conștiinței și inconștiinței fiecărui individ prin „existența sa în lume”. Conceptul de „existență în lume” arată ca există moduri specifice de a trăi și de a te mișca într-un spațiu, idee extrem de importantă în analiza viselor. Atunci când clientul are conștiința „dasein”-ului e capabil să-și schimbe viața, să ia decizii cu privire la proiectele sale existențiale, să-și construiască propriul destin devenind astfel responsabil de sistemul său axiologic și de actualizarea energiilor latente.

• **Scopurile** acestei modalități terapeutice sunt următoarele:

- a) conștientizarea propriilor probleme și actualizarea potențialului energetic latent;
- b) eliminarea disconfortului datorat impasului existențial în care se află individul și maturizarea personalității;
- c) obținerea unei imagini de sine autentice ceea ce duce la clarificarea identității personale și armonizare relațională;
- d) acceptarea de sine și eliminarea conflictelor intrapsihice;



e) modificarea și metamorfozarea comportamentului neautentic;

f) rezolvarea crizei existențiale în care se află clientul și conștientizarea autodeterminării destinului;

g) autodesăvârșire personală, dezvoltarea autenticității, spontaneității și creativității ceea ce duce la reconstrucția ființei umane.

L. Biswanger (cf. S.J. Morse și R.J. Watson, jr., 1977, p. 165-166) consideră că existența subiectului este formată din trei lumi diferite, lumi ce trebuie înțelese de către terapeut pentru a-l putea asista pe client:

a) Umwelt (lumea nonpersonală, mediul biologic);

b) Mitwelt (lumea ființelor, a indivizilor, mediul social);

c) Eigenwelt (lumea privată, a propriului eu, relația cu sinele și propria identitate).

Aceste trei concepte sunt aplicate atât comportamentului uman normal cât și comportamentului uman anormal: nevrotic sau psihotic. A fost aplicat schizofrenilor, maniaco-depresivilor, subiecților aflați în criză existențială (impas psihologic).

Analiza existențială pune accentul pe situația de viață așa cum este ea trăită de individ. Istoria vieții clientului este văzută prin relaționarea sa cu lumea exterioară deoarece fiecare individ își construiește lumea interioară (psihosfera) prin concentrare asupra lumii exterioare (sociofera). Se consideră că trecutul nu determină viața prezentă. Terapeuții existențialiști lucrează cu emoții concrete, **clientul fiind provocat să-și interogheze sensul existenței sale**. În cadrul acestei relații, terapeutul este un partener pentru dialog, își împărtășește propriile emoții, sentimente, valori, experiențe de viață, țeluri personale. Clienții sunt învățați să răspundă autentic la realitatea „hic et nunc”. Pentru a înțelege mai bine situația experiențială și starea psihică a clientului D. Polkinghorne propune examinarea eului prin analiza a patru dimensiuni de bază ale existenței umane:

1). **lumea naturală**: se referă la setul de atitudini ale clientului față de hrană, sex și procreare, la felul cum își percepe propriul corp (senzații fizice externe și interne), la modul de raportare față de diferite boli, slăbiciuni, etc.

Deoarece existența umană este întotdeauna ancorată în mediul fizic (actual), într-o lume materială, dimensiunea naturală este cea mai importantă. Una dintre cele mai importante sarcini ale terapeutului este aceea de a asista clienții în reflectarea propriilor lor evaluări asupra corporalității.

2). **lumea publică**: conține relațiile stabilite cu societatea, cu familia, cu rudele, cu casta socială din care face parte, precum și relațiile cu alte grupuri sociale. De asemenea se referă la țara și regiunea din care face parte clientul, la limba pe care o vorbește, la cultura țării sale, la munca prestată. Un rol important îl are atitudinea acestuia față de autoritate și lege. Dimensiunea publică a existenței este deseori susținută de evaluări polarizate, referitoare la relațiile cu ceilalți. Aceste polarități includ constructe dualiste: răzvrătire versus supunere, acceptanță versus rejecție și dragoste versus ură. Terapeutul ajută clienții să extindă repertoriul de experimentare și de înțelegere a lumii publice. Îi încurajează să-și abandoneze limitele, cu/fără polaritățile pe care le au și să se deschidă în fața numeroaselor posibilități existente în continuum pe axa supunere-dominanță.

3). **lumea privată**: se referă la relația clientului cu sine și la tot ceea ce este considerat ca parte a vieții private. Fără o experiență solidă a sinelui, clientul se simte la voia întâmplării, fără scop și fără direcție în viață. Trebuie să găsească un răspuns adecvat la întrebarea: „cine sunt eu?”. Se lucrează cu clienții în scopul deschiderii accesului la propriul EU. Aceștia au nevoie de propriile resurse interne pentru a-și descoperi propriile direcții în viață (drumuri existențiale). Oamenii care nu-i interiorizează pe ceilalți ca pe o parte a personalității lor, se simt izolați și despărțiți (rupți) de existență. Ajung să se raporteze la lume prin prisma rolurilor și a scenariilor sociale. Din momentul în care clienții vor începe să accepte o relație în timp și securizantă cu ei înșiși, incluzând paradoxurile lor, puterile și slăbiciunile, vor începe să-și clarifice modul în care ceilalți pot fi integrați în lumea lor interioară ca o parte a identității personale. Prin această deschidere și dorință de a-i include pe ceilalți, clienții vor transforma aceste relații, din obligații personale în dragoste și unitate.

4). **lumea ideală** această ultimă dimensiune se referă la normele, valorile și idealurile clientului, la credințe, reguli etice și spirituale, la ceea ce dă înțeles și sens vieții umane. Această dimensiune este o parte a esenței ființei și se distinge de codurile și regulile lumii publice. De cele mai multe ori clienții nu au o sferă de valori personale, și de aceea se simt la voia întâmplării, neavând nici o direcție în viață. Terapeutul ajută la distincția între valorile publice și valorile care sunt expresia propriei interiorități. După ce clienții devin conștienți de propriile idealuri, vor lucra cu ei la reflectarea și reconfirmarea acestor credințe și de a construi pe baza acestora direcțiile și oportunitățile pentru viață. (G. Corey, 1991, p. 92-94).

În timpul procesului terapeutic, aceste patru dimensiuni ale existenței umane sunt interconectate, neputându-se concentra exclusiv pe una dintre ele.

În analiza existențială visele nu sunt interpretate, ci sunt văzute ca o experimentare a vieții individului în lume, clientul fiind chiar încurajat să viseze (J.L. Moreno). Studiind cele trei dimensiuni ale existenței: „mitwelt”, „unwelt” și „eigenwelt” clientul poate astfel să vadă și să înțeleagă propria existență, să o evalueze și apoi să părăsească existența nevrotică sau psihotică pentru o viață normală, autentică. Cei mai potriviți subiecți pentru acest tip de terapie sunt cei cu un IQ peste medie, inteligenți și cu capacitate de verbalizare a emoțiilor.

Un alt reprezentant al analizei existențiale este psihologul american **Rollo May (1967)**. Acesta a accentuat responsabilitatea clientului pentru propria viață încurajând independența umană în fața factorilor pseudodeterminiști care par a obliga omul să se retragă și să evite implicarea în social. R. May consideră că **anxietatea poate avea atât un rol pozitiv cât și unul negativ**. Anxietatea se consideră a fi pozitivă atunci când clientul înfruntă situațiile de viață care-l fac anxios, atunci când se aruncă în luptă pentru a deschide posibilitățile vieții. Anxietatea are un rol negativ atunci când subiectul evită aceste posibilități, mulțumindu-se să trăiască limitat și resemnat. Menționăm faptul că subiectul uman este format dintr-o infrastructură biologică, o structură psihică și o

suprastructură socială în fiecare moment și parte a vieții. De aceea psihologia, medicina și sociologia se unesc în studierea acestei entități indivizibile, studiu ce are ca rezultat o viziune antropologică completă asupra naturii umane, viziune pe care analiza existențială o valorizează la maximum.

În viață, subiectul nu se poate conduce după nevroza existențială care impune reducerea sau chiar anularea autonomiei determinând instalarea anxietății, lipsa valorii și a sensului existențial. Prin analiza existențială se consolidează terenul clientului (inteligența, educația, tipologia caracterială, statut social, potențial psihologic). „Se urmărește nu atât eliminarea anxietății cât transformarea anxietății nevrotice în anxietate normală cât și a capacității de a trăi în condițiile acestei anxietăți normale” (I. Holdevici și I.P. Vasilescu, 1993, p. 67).

Clientul va învăța să se confrunte cu propriile reacții, emoții, sentimente, temeri și anxietăți într-o manieră constructivă. Existențialiștii susțin că o persoană poate fi schimbată numai printr-o viață schimbată. Iar pentru aceasta nu se face o analiză separată a componentelor ființei umane, deoarece analiza distruge ființa, ci subiectul este văzut ca un tot unitar, accentul punându-se pe viziunea holistică asupra individului; analiza existențială se bazează pe faptul că existența este individuală, reală, absolută și concretă.

Un alt reprezentant notabil al analizei existențiale este **Medard Boss**, psihiatru elvețian, adept al lui Freud și Jung (la începutul carierei de profesor la Universitatea din Zurich), dar care, mai târziu, a devenit un bun interpret al operei lui Heidegger și a îmbrățișat terapia lui L. Biswanger.

Acesta accentuează lipsa interpretărilor teoretice asupra experiențelor clientului. De asemenea consideră că visul nu trebuie interpretat sau analizat, deoarece este o expresie a relației individului cu lumea în care trăiește, iar un simptom nu trebuie interpretat prin prisma inconștientului, a ideilor iraționale, ci trebuie înțeles și văzut în termenii **realității specifice**, în care a fost expus de către client. Relația dintre analist și client este văzută ca o relație simplă între doi indivizi. M. Boss se deosebește de Freud în privința transferului terapeutic.

Sentimentele clientului sunt văzute simplu ca sentimente despre analist și nu ca emoții conectate la figuri parentale, importante din trecutul vieții. Nu se caută cauze în trecut ci se urmărește realizarea insight-ului în situația prezentă, „hic et nunc”. Astfel îndepărtarea simptomului este rezultatul revenirii clientului într-o existență reală, autentică, potrivit naturii sale individuale. Scopul analizei nu este acela de a alina simptomul sau de a ajuta clientul să se „ajusteze” la societate, ci de a ajuta clientul să-și descopere ființa, să devină deplin conștient de propria existență. În felul acesta schimbarea este văzută ca posibilă, ajută clientul să ia o atitudine de angajare în viață, în proiecte existențiale. Problemele emoționale nu sunt rezultatul depresiei, al diminuării energiei vitale, ci sunt rezultatul incapacității de „a vedea” viața frumoasă, plină de sens. Se consideră că individul intră în non-existență atunci când acceptă anxietatea, ostilitatea și agresivitatea. M. Boss a aplicat analiza existențială la problema perversiunilor sexuale și la simptomele psihosomatice.

Alți reprezentanți sunt: Eugene Minkowski, Victor Frankl, Angel și Ellenberger. O variantă a analizei existențiale este logoterapia fondată de către V. Frankl (psihanalist). Acesta orientare terapeutică pune accentul pe descoperirea sensului existențial, ocupându-se de latura spirituală a existenței umane. Obiectivul principal este focalizat pe eliminarea conflictelor intrapsihice și a conflictelor axiologice, pe căutarea și descoperirea sensului vieții, pe eliminarea crizelor existențiale și a impasurilor psihologice. Se implementează responsabilitatea deciziilor, acțiunilor personale și reacțiilor proprii. Mesajul fundamental al logoterapiei este: „credința necondiționată într-un sens necondiționat” (V. Frankl).

#### Tehnici și proceduri terapeutice:

Este imposibil de stabilit anumite tehnici terapeutice, specifice analizei existențiale deoarece, aceasta este mai mult o orientare către alții sau așa cum a considerat-o R. May, o „atitudine” pe care o adoptă terapeutul față de alte persoane.

Terapeutul trebuie să fie flexibil în utilizarea tehnicilor, acestea fiind alese de la caz la caz.

Nu se utilizează o tehnică terapeutică anume, dar majoritatea analiștilor existențialiști folosesc ca și tehnici aceleași pe care le practică și terapiile de orientare dinamică. De altfel M. Boss consideră că procedurile dezvoltate de Freud și psihanaliști sunt cele mai importante tehnici pentru psihoterapie, inclusiv pentru analiza existențială. În cazul acestei orientări terapeutice, alegerea tehnicilor se face în consens cu realitatea concretă, în funcție de problema clientului și de scopul urmărit. Acestea trebuie să fie schimbătoare și flexibile, variind de la un client la altul și de la o fază la alta în tratamentul aceluiasi client. Deoarece analiza existențială este orientată mai mult spre „crizele tragice și dramatice” ale vieții, terapeutul trebuie să fi avut astfel de experiențe de viață, în caz contrar acesta poate fi irelevant și chiar dăunător. Se pot împrumuta tot felul de tehnici din multe tipuri de terapii pentru a explora gândirea, sentimentele și comportamentul clienților.

Accentul se pune pe felul cum clienții își descriu experiența și nu pe ceea ce au experimentat, reflectând la felul cum aceștia distorsionează înțelesul și semnificația experienței. Terapeutul îi ajută să-și elimine confuziile, să-și ordoneze experiența și să gândească modalitățile creative de realizare a unei vieți noi și semnificative. D. Polkinghorne (în G. Corey, 1991, p. 100-103) propune următorul plan de acțiune în analiza existențială:

1. Explorarea eului: o examinare amănunțită a celor patru dimensiuni ale vieții clientului: lumea naturală, lumea publică, lumea privată și lumea ideală. Este descrierea propriei lumi, a memoriei, sentimentelor și reacțiilor proprii. Clientul este încurajat să recunoască și să definească propria experiență așa cum este ea în realitate, să accepte o poziție criticist-construcțivă pentru o înțelegere clară a modului său de existență. Terapia se focalizează pe viața interioară a clientului și pe felul cum acesta își interpretează propriile experiențe. Astfel îl ajutăm să-și recunoască și să-și identifice principiile pe care se fundamentează acțiunile sale. De cele mai multe ori, clienții sunt fascinați de descoperirea propriului interior. Toate dimensiunile existenței sunt dezvăluite prin investigarea eului, și de aceea terapeutul va stimula clientul la explorarea interioară prin

întrebări pertinente de genul: „care este părerea ta despre acest lucru?”; „cum vezi tu asta?”; „ce înseamnă asta pentru tine?”; „care este experiența ta în acest domeniu?”; „de ce te simți dezavantajat?”; „ce ai făcut tu pentru asta?”; „cum răspunzi la acest lucru?”; „cum te afectează asta pe tine?” etc.

2. Schimbarea direcției vieții: prin care se ia decizia de schimbare a propriei vieți. Terapeutul îl ajută pe client să analizeze și să evalueze toate alternativele posibile și să selecteze apoi varianta optimă. În felul acesta are loc o restructurare a sistemului axiologic prezent, chiar dacă vechile valori și cutume sunt adânc înrădăcinate și peste care s-a pus pecetea timpului. Noua viziune de viață care se structurează acum, îl va determina pe client să își accepte trupul sau biologic, să accepte prezența semenilor, să-și construiască gânduri optimiste și speranțe pentru viitor. Se conștientizează rolul său în alegerea curentului existențial în care se va angaja pentru a trăi o viață liberă și responsabilă.

3. Manifestarea noii vieți demne: se implementează și manifestă noul sistem axiologic. În această etapă se stabilesc modalitățile de valorizare și punere în acțiune a talentelor clientului, a abilităților și deprinderilor personale. Accentul este pus pe descoperirea talentelor și nu pe indicații privind folosirea lor deoarece ceea ce suntem noi este rezultatul interacțiunii dintre intențiile, deprinderile și acțiunile naturale, precum și al interacțiunilor cu mediul exterior. Acum clientul se aruncă în lupta pentru construirea propriului destin și de aceea trebuie încurajat. Dacă în faza inițială subiectul este trist și depresiv, acum va fi plin de speranță și cu o actualizare a energiei psihice care îl va ajuta să se elibereze de disconfort și să evadeze din impasul existențial, să regândească criza sufletească ca fiind de domeniul trecutului și ca având partea sa de umor și de amuzament. Cu ajutorul analistului clientul descoperă libertatea ființei sale și bucuria unei vieți libere lipsite de constrângeri și limite false. Existența îngustă și restrictivă se transformă într-o existență plină de sens și libertate. G. Corey (1991, p. 105-109) propune focalizarea dialogului existențial pe câteva teme mari ale condiției umane în timpul analizei existențiale:

a. Examinarea problemelor maritale: se investighează relația cu partenerul de viață, cu familie nucleară și extinsă. Clientul este încurajat să mărturisească câteva din impulsurile și gândurile care îl frământă și-l înfricoșează și este încurajat să discute acasă cu membrii familiei problemele care îl indispon și-i provoacă anxietate.

b. Stabilirea unui nou sistem axiologic: vechile valori care l-au condus la impas existențial sunt înlocuite cu altele noi care îi conferă autenticitate și libertate.

c. Tratarea anxietății: se analizează cauzele anxietății clientului. Dacă anxietatea este resimțită ca un fapt negativ, terapeutul, în schimb, o vede ca pe o posibilitate de schimbare. Acesta trebuie încurajat să ia decizia pentru schimbare și să-și asume responsabilitatea alegerii. De asemenea trebuie decodificate semnalele date de către anxietate.

d. Explorarea sensului morții: datorită anxietății mulți clienți resimt o iminentă apropiere a morții. Subiectul trebuie ajutat să-și evalueze sensul și calitatea vieții și să experimenteze sentimentul morții. După o vreme va admite că anumite sfere ale vieții sale sunt moarte și că va trebui să dezvolte altele noi.

Așadar, pentru analiza existențială și pentru terapia umanistă în general situația de impas existențial este un fapt pozitiv care va duce la renașterea și reconstrucția ființei umane. Persoana este considerată ca fiind „existența” și deci, mult mai mult decât conținutul definițiilor și patternurilor conceptuale. Sensul holistic al experienței conține mai multă informație decât pot percepe simțurile noastre și din acest motiv se accentuează pe autenticitate care determină diferența dintre ființele umane.

Terapeutul nu analizează trecutul clientului și nici mecanismele transferului sau contra-transferului, nu stabilește nici obiective și nici scopuri, ci oferă clientului posibilitatea de a se controla. În cazul în care apare contratransferul acesta se poate rezolva prin poziția de neutralitate și permisivitate a analistului.

Tehnici folosite în analiza existențială așa cum am menționat deja diferă de la o școală la alta. Se preiau o serie de tehnici terapeutice folosite și în alte abordări. Cele mai întâlnite sunt:

- intenția paradoxală;
- derefecția;
- tehnici nonverbale;
- tehnica fanteziei ghidate;
- tehnici dramatice care presupun joc de rol cu imaginație dirijată;
- fantezia și reveria, preferabile exprimărilor seci;
- relaxare musculară pentru conștientizarea senzațiilor musculare;
- tehnici de educare a voinței;
- tehnici de concentrare a atenției;
- tehnici de relaxare.

**Durata analizei existențiale** este între șase luni și un an și se aplică în cazurile de criză existențială (impas existențial).

Astfel, experiența suferinței „pierderii de sine” se recodifică în existența insului ca o experiență de re-întâlnire cu sine, de re-descoperire de sine, de re-gasire a SENSULUI.

Paradigma terapeutică existențialistă presupune așadar un proces asistat și provocat de **autodezvaluire, autoînțelegere și autorestructurare axiologică, prin redobândirea sensului ființei și bucuria asumării responsabilității și libertății de opțiune.**

Lucrând asupra metaforelor impasului existențial (anxietate, culpabilitate, victimizare, etc), analiză existențială resimbolizează și transgresează aceste „experiențe” din planul dramaticului în planul umorului și optimismului înțelept, bazat pe autoacceptare și autorevalorizare.

## **5. Un caz paradigmatic - abordare din perspectiva existențialistă**

**Evaluarea inițială - de la supoziții la scopuri terapeutice:**

În timpul terapiei de natură existențialistă se accentuează pe calitatea relației dintre client și terapeut, pe profunzimea dialogului dintre cei doi parteneri, existând posibilitatea schimbării atât la client cât și la terapeut. Se împărtășesc emoții, sentimente, amintiri, experiențe de viață. Succesul terapiei este dat de implicare și participare activă la dialog.

În timpul acestuia terapeutul va comunica părerea sa proprie despre problemele și stilul de viață al clientului.

De o importanță fundamentală este respectul pentru client, ceea ce implică încredere în capacitatea lui de a-și conștientiza și responsabiliza propriul rol în schimbare. Acesta este ajutat să-și evalueze aspectele fundamentale ale vieții: alegerea, decizia, responsabilitatea, valoarea, asumarea riscului.

În acest fel va fi pregătit să-și descopere resursele interioare pentru a putea face față noilor experiențe care implică responsabilitate și libertate. În cazul nostru diagnosticul a fost pus pornind de la **biografia clientei** (caz adaptat și prelucrat după G. Corey, 1991): vârsta 39 de ani, sex feminin, căsătorita, statut socioeconomic mediu.

\* **Aparența:** îmbrăcată meticuloasă, supponderală, stânjenită în hainele sale, evită contactul vizual, vorbește repede.

\* **Situația de viață:** învățătoare într-o școală elementară, trăiește cu soțul (45 de ani) și copiii săi (de 19, 18, 17 și 16 ani).

\* **Problema prezentată:** afirmă insatisfacție generală. Spune că viața sa este întocmai previzibilă și fără evenimente și simte un fel de panică depășind vârsta de 39 de ani. De doi ani prezintă probleme psihosomatice, acuze incluzând tulburări de somn, anxietate, amețeli, palpitații și dureri de cap.

\* **Istoria psihosocială:** R. este cea mai mare dintre cei patru copii. Tatăl său a fost preot fundamentalist, iar mama casnică. Își descrie tatăl ca fiind distant, autoritar și rigid. Relația cu el era una de supunere, aderențe temătoare față de regulile și standardele lui. Își amintește de mama sa ca fiind critică și crede că ea nu ar fi putut să facă niciodată destul pentru a o mulțumi. Familia i-a oferit puțină afecțiune. R. a jucat rolul de înlocuitor al mamei în îngrijirea fraților și surorilor în speranța de a câștiga aprobarea părinților. Această tendință de a avea grija altora a fost extinsă de-a lungul întregii sale vieți. Un incident critic a avut loc când R. avea șase ani: „Tatăl m-a prins jucându-mă de-a doctorul când aveam opt ani. A refuzat să vorbească cu mine mai multe săptămâni. M-am simțit extrem de vinovată și rușinată”.

R. și-a purtat aceste sentimente de vinovăție toată adolescența reprimadu-și propria sa sexualitate. Avea dificultăți în a-și face și a-și menține prietenii. Se simțea izolat social de cei din aceeași generație pentru că aceștia o percepeau ca fiind „stranie și nefirească”. La vârsta de nouăsprezece ani s-a căsătorit cu prima persoană pe care a întâlnit-o și care a cerut-o de soție. Clienta a fost casnică și mamă până când copiii au devenit adolescenți. Apoi a intrat la colegiu și a obținut diploma pentru patru ani de studii. A început recent munca cu copii școlari. Prin intermediul contactelor de la Universitate a devenit conștientă de modul în care s-a limitat pe ea însăși, de felul în care a întreținut dependența familiei de ea și cât de mult i-a fost teamă să nu piardă rolurile de mamă și soție. În acest moment R. prezintă confuzii asupra identității și realizează că nu știe ce vrea pentru sine (pag. 24 - 25). R. prezintă următorul diagnostic (după DSM III):

### **Tulburări anxioase**

În general R. prezintă evidența unor tulburări anxioase. Patternul ei de simptome se încadrează specific criteriilor diagnostice de atacuri de panică. Câteva dintre simptome sunt: scurtarea suflului, amețeli, accelerarea suflului, tremur, transpirații (călduri și transpirații reci), frică de muribunzi și frică de a nu înnebuni. Atacurile generale de panică încep ca o năvală imprevizibilă a unei aprehensiuni intense a terorii.

Simptomele tipice asociate cu aceste atacuri sunt: scurtarea respirației, amețeli, palpitații, tremur, depersonalizare, valuri de căldură, frica de moarte și frica de a nu înnebuni.

### **Tulburări distimice**

R. manifestă o depresie cronică, sau depresia face parte din caracterul sau dar nu este într-atât de mare încât să o putem considera o depresie majoră. Ea manifestă trăsături ale unei personalități înfrânte (autopedepsitoare) în sensul că ea pune constant nevoile altora înaintea propriilor nevoi și are o scădere a autostimei. R. manifestă un număr de acuze fizice, dar ele nu necesită o supraveghere sau un tratament medical serios.

### **Tulburări de identitate**

Patternurile lui R. relevă sindromul tulburării de identitate. Aceleași aspecte ale acestei tulburări includ incertitudinea în privința identității, incapacitate de acceptare a sinelui, inabilitate de dezvoltare a scopurilor pe termen lung, conflicte în privința alegerilor privind cariera, confuzie în privința dezvoltării prietenilor, incertitudine față de orientarea și comportamentul sexual, lipsa de claritate în privința identificării religioase și a sistemului de valori.

Mulți pacienți răspund la aceste incertitudini prin anxietate și depresie și sunt preocupați de „lipsa” sinelui. Aceștia sunt oamenii care se îndoiesc de sine în orice situație. Unii dintre ei își pun întrebarea „cine sunt eu?” (Corey, op. cit. pag. 315 - 316).

R. a început deja să-și pună întrebări în legătură cu sensul existenței sale, cu semnificația vieții personale, și referitor la calitatea relației cu soțul etc.

Încearcă o nemulțumire profundă față de stilul său de viață confortabil și plictisitor. Parcurge unele crize de evoluție, atât personală, cât și familială. Relațiile cu sine însuși și cu soțul sunt total nesatisfacătoare, iar copiii se pregătesc să părăsească „cuibul” familial. Anxietatea crește în intensitate cu cât conștientizează mai mult aceste probleme. Răspunsuri sau soluții la aceste dileme nu are încă. Doar problematizează. A început să o preocupe propria viață mult mai mult decât statutul de soție și mamă. Este evident rolul pozitiv pe care-l are anxietatea în acest caz, deoarece o determină la problematizare și căutarea posibilităților de soluționare.

Soluțiile existențiale pe care le încearcă sunt conținute în noile decizii și orientări: renunțarea la valorile religioase în spiritul cărora a fost crescută, reîntoarcerea la colegiu pentru completarea studiilor, motivația puternică pentru schimbare, încrederea acordată psihoterapiei în descoperirea noului sens existențial.

Abordarea existențialistă nu urmărește „vindecarea” tulburărilor sau rezolvarea problemelor ci, scopul acestei modalități terapeutice este acela de a-i conștientiza clientei patternurile rigide și limitele acestora, precum și de a o motiva să părăsească poziția sa de



victimă, terapeutului revenindu-i sarcina de a provoca clienței „insight”-urile asupra unei vieți limitate și asupra descoperirii și folosirii libertății de care dispune. Se stimulează creativitatea clienței și împreună, se tinde către o existență responsabilă și semnificativă.

## **Desfășurarea procesului terapeutic**

### **Tehnicile utilizate**

În explorarea gândurilor, sentimentelor și comportamentelor prezente se împrumută diferite tehnici ce aparțin altor curente terapeutice dar, nici o tehnică nu se aplică în mod absolut.

Calitatea relației terapeutice este dată de capacitatea de integrare sistemică a experiențelor trecutului cu cele prezente. Direcțiile de explorare manifeste în timpul procesului terapeutic sunt date de următoarele întrebări:

- Descrie modul cum ai trăit o experiență „limitată”?
- În ce măsură ai trăit conform deciziilor tale personale și în ce măsură ai trăit sub influența altor persoane?
- Ce alegeri ai făcut și cum te-au influențat acestea?
- Care sunt alternativele cu care te confrunți acum?
- Cum influențează anxietatea alegerile pe care le faci și cum experimentezi relația dintre anxietate și libertate?
- Care sunt schimbările pe care vrei să le realizezi și ce obstacole întâmpini în calea lor?

Cliența este pe cale de a se implica în procesul de autodescoperire, iar această experiență cauzează o sumă de sentimente și emoții: teamă, frică, bucurie, entuziasm.

Vorbește despre valorile care i-au orientat viața în trecut, despre sentimentele sale de neputință, despre teama ce însoțește procesul de luare a deciziilor. Pe măsură ce devine conștientă de ceea ce a fost și ceea ce este acum, va deveni mult mai capabilă să se decidă asupra a ceea ce vrea să fie în viitor.

### **Dialogul existențial**

Acesta se focalizează asupra a patru aspecte

fundamentale ale existenței sale: problemele maritale, un nou sistem axiologic, anxietatea și semnificația morții. În continuare vom reda câteva secvențe ale dialogului existențial pentru a dezvolta valențele constructive ale acestuia.

#### **Examinarea problemelor maritale:**

**Cliența:** De-abia acum, la 39 de ani, mă întreb cine sunt. S-ar putea să fie prea târziu.

**Terapeutul:** Cred că există cel puțin un moment în viață în care ne punem astfel de întrebări. Mă bucur că-ți faci asemenea probleme.

**Cliența:** Ceea ce știu eu, este faptul că viața mea a fost limitată. Acum, această nemulțumire a crescut în intensitate și mă face și anxioasă. Mă întreb dacă într-adevar doresc să renunț la acest mod de viață rigid pentru a face față necunoscutului.

**Terapeutul:** Mă impresionează ceea ce-mi spui și-mi aduc aminte de propriile mele frământări în fața necunoscutului. M-ai ajuta să înțeleg mult mai bine anxietatea ta dacă mi-ai povesti despre unele momente sau situații în care ai simțit această anxietate.

**Cliența:** Uneori resimt anxietatea când mă gândesc la relația cu soțul meu. Am început să-mi dau seama despre multe lucruri care nu-mi plac dar, îmi este teamă să discut cu el despre nemulțumirile mele.

**Terapeutul:** Ai putea să-mi mărturisești câteva din nemulțumirile tale în legătura cu J.?

Astfel, cliența a început să vorbească despre problemele pe care le are cu soțul său, J. Într-o atmosferă de siguranță și lipsită de critică, cliența este încurajată să discute despre situațiile de care se teme. Este întrebată dacă discută cu soțul despre aceste lucruri și care crede că va fi reacția lui dacă va discuta cu el despre aceste probleme. Ședința se încheie încurajând-o să-l abordeze pe J. și să-i comunice anumite lucruri pe care le-a discutat în timpul ședinței.

#### **Descoperirea unui nou sistem axiologic**

**Cliența:** Am renunțat la religia mea cu câțiva ani în urmă însă, nu am găsit nimic care să o înlocuiască. Sper să mă ajuți să descopăr alte valori. Ai mai multă experiență și pari mulțumit de ceea ce ești. Personal, îmi este teamă să nu iau decizii greșite.

**Terapeutul:** Ar fi o greșeală din partea mea dacă ți-aș răspunde la această provocare.

Ar fi ca și cum n-aș avea încredere în capacitatea ta de a-ți găsi propria cale. Poate că un mod de a găsi soluții este punerea problemelor. Știu, din experiență că, un mod de a găsi răspunsuri este acela de a pune întrebări.

**Cliența:** Vezi, religia în care am fost crescută îmi spunea foarte clar ce e bine și ce e rău. De exemplu, am fost învățată că o dată ce te căsătorești trebuie să rămâi căsătorită fiindcă ai făcut cea mai bună alegere. Ei bine, acum, nu mai pot gândi așa.

**Terapeutul:** Adică?

**Cliența:** Mă tem că experimentarea acestor ședințe terapeutice mă va schimba atât de mult încât, în curând, nu voi mai avea prea multe în comun cu J., ceea ce sigur va duce la divorț.

**Terapeutul:** Sunt conștient de faptul că te-ai gândit la aceste probleme dar, n-ar putea fi vorba și despre un efect pozitiv al terapiei asupra relației tale?

**Cliența:** Ai dreptate, nu m-am gândit că ar putea fi și așa. Cred că am plecat din start de la ideea că lui J. nu-i va plăcea schimbarea mea. De cele mai multe ori m-am gândit că terapia mă va determina să-l părăsesc sau îl va determina pe el să mă părăsească. Uneori îmi doream să fug de la John dar, eram speriată de ceea ce aș fi putut să fiu fără el.

**Terapeutul:** Încearcă să-ți imaginezi că acest lucru s-a și întâmplat îi vorbește timp de câteva minute despre cine ai putea fi dacă J. nu ar face parte din viața ta. Lasă-ți libere gândurile și imaginația, nu te îngrijora de ceea ce-ți vine în minte.

**Cliența:** Toată viața alții mi-au spus cine sunt și cine trebuie să fiu. J. a apărut în viața mea atunci când părinții și biserica m-au lăsat singură. Nu știu să fiu decât soție și mamă. Oare ce ar gândi copiii dacă eu și J. ne-am despărțit? Cum i-ar afecta acest lucru? Mă vor urî? Am obosit să trăiesc în acest fel însă, nu sunt sigură de ceea ce doresc. Sunt foarte speriată de moarte și de schimbări. Soțul meu și copiii mă plac așa cum eram înainte și cred că s-ar supăra dacă ar auzi ce-am spus.

**Terapeutul:** În tot ce ai spus adineauri nu ți-ai permis nici măcar o vorbă despre cum te-ai simți tu în urma acestor schimbări. Ți-a fost mult mai ușor să spui cum ar afecta aceste schimbări persoanele din viața ta, decât să-ți

imaginezi cum ar fi viața ta fără ei. De ce nu încerci să experimentezi această situație? Concentrează-te asupra a ceea ce ai vrea să fii tu însuși și nu asupra reacțiilor pe care le-ar avea familia ta.

### **Abordarea anxietății**

Anxietatea apare atunci când R. își imaginează posibilitățile de schimbare. Începe să înțeleagă faptul că nu trebuie să ceară soțului sau altor persoane permisiunea schimbării. Totuși, o sperie libertatea și asumarea responsabilității. Mult timp a fost imobilizată în timpul procesului terapeutic.

**Cliența:** Mă trezesc, adesea, în toiul nopții cu senzația că pereții cad peste mine. Am palpitații. Uneori mă tem că o să mor. Mă simt groaznic. Nu pot să dorm, mă ridic și fac câțiva pași.

**Terapeutul:** Oricât de neplăcute sunt aceste stări, sper ca să conștientizezi mesajul lor. Ele te avertizează că ceva nu este în regulă cu viața ta și că trebuie să te pregătești pentru schimbare.

Ea resimte anxietatea într-un mod negativ, ca fiind ceva de care trebuie să fugă și nu ca pe o posibilitate de schimbare. Trebuie să înceapă să înțeleagă semnificația profundă a acestui sentiment și să-și asume responsabilitatea schimbării.

### **Explorând sensul morții:**

**Cliența:** Mă gândeam la ceea ce am discutat mai înainte despre ce aș dori de la viață înainte de-a muri. Mulți ani am trăit terorizată de gândul că o să mor ca o păcătoasă și o să ajung în iad. Cred că această teamă m-a împiedicat să privesc moartea ca pe o realitate. Totdeauna mi s-a părut ca fiind o temă bolnăvicioasă.

**Terapeutul:** Nu trebuie să ți se pară morbidă. Așa cum am discutat, dacă nu te poți confrunta cu propria ta moarte, nu cred că vei putea să te bucuri de viață din plin. Poți să fii „moartă” chiar dacă biologic trăiești.

**Cliența:** Cum adică?

**Terapeutul:** Încearcă să vorbești despre momentele din viața ta în care simți că nu trăiești.

**Cliența:** Îmi este mult mai ușor să-ți vorbesc despre momentele în care mă simt pe jumătate moartă. De exemplu, sunt „moartă” din punct de vedere sexual și în ceea ce privește distracțiile.

**Terapeutul:** Te poți gândi și la alte situații în care te simți moartă?

Așa cum se observă, clienta este determinată, pe parcursul dialogului existențial, la o evaluare a stilului de viață și la experimentarea sentimentului morții. În cele din urmă clienta admite faptul că este „moartă” din punct de vedere spiritual. Conștientizarea sentimentului morții este condiția renașterii.

**Terapeutul:** Crezi că ți-ai putea imagina faptul că ai murit și că participi la propria înmormântare? Ce-ar spune oare persoanele care participă la înmormântare despre tine?

În stare de relaxare, cu ochii închiși, va relata cu voce tare absolut tot ce ar spune despre ea soțul, părinții, frații, surorile și copiii săi. După aceasta va susține elogiul propriu.

Pentru a o provoca să reflecteze asupra modului de viață i se pot pune următoarele întrebări:

- Ce ai făcut cu viața ta?
- Cine te-a influențat cel mai mult?
- Ce ai lăsat în urma ta?
- Care sunt așteptările de la viața care nu ți s-au îndeplinit niciodată?
- Ce regreti cel mai mult de la viață?
- Ce proiecte existențiale ai lăsat neterminate?
- Ce altceva ai fi dorit de la viață?
- Dacă ai avea posibilitatea să-ți refaci viața, ce anume ai schimba în felul tău de trai?

**Experimentarea imaginativă a „ceremonialului morții” proprii**, este o tehnică larg utilizată în terapiile experiențiale. Ea prijeluieste o meditație fertilă asupra rosturilor, semnificațiilor, întâmplărilor și neîmplinirilor proprii ființe, provocând insight-uri benefice pentru schimbări de atitudine și comportament față de sine.

**Evaluarea și interpretarea efectelor terapeutice:**

În cadrul ședințelor terapeutice, într-o atmosferă de siguranță, clienta a fost încurajată să experimenteze noi comportamente și noi dimensiuni ale existenței sale. S-a manifestat în mod direct, uneori exprimându-și deschis sentimentele și părerile față de terapeut. Această comunicare s-a datorat relației terapeutice caracterizată de respect și încredere reciprocă.

În timpul vieții de zi cu zi a încercat să se autoobserve în diferite ipostaze, să evalueze posibilitățile pe care le are și să selecteze soluția optimă. Cu timpul, conștientizând faptul că de cele mai multe ori își neglijează propriile nevoi pentru a le satisface pe ale altora, a înțeles modul în care alegerile pe care le face contribuie la creșterea anxietății. În cele din urmă a înțeles rolul pozitiv pe care îl poate căpăta anxietatea în declanșarea anumitor schimbări. Noua identitate și noul stil de viață pe care-l manifestă nu se mai centrează în jurul familiei. Astfel ajunge să accepte faptul că în viață nu există garanții și că trebuie să-și asume consecințele propriilor alegeri.

## 6. Alte studii de caz exemplificative

Scopul acestei scurte cazuistici este de a completa viziunea cititorului asupra practicii terapeutice existențiale.

- **Cazul unui pervers sadic** (adaptare după Morse, St. și Watson jr., J.R., 1977, pag. 188-197)

Clientul nostru are 25 de ani, comerciant și este internat în clinica de psihiatrie. Relatează medicului că a fost la un pas de a comite o crimă. Cu câteva zile în urmă a invitat o fată la plimbare pentru a discuta împreună câteva probleme de afaceri. Seara târziu se plimbau pe marginea unui râu, când a simțit un impuls puternic să sugrume fata cu ambele mâini, neavând însă puterea să facă acest lucru. După acest moment a fugit, lăsând-o singură.

Investigând familia clientului s-a evidențiat existența mai multor cazuri de patologie individuală:

- mătușa maternă suferă de schizofrenie;
- o altă mătușă este depresivă și cu tentative de suicid;
- bunica maternă a murit într-un azil psihiatric.

Tatăl, un librar, dă impresia unui om rece și stăpan pe sine. Mama era mai afectuoasă și mai comunicativă. Este al doilea dintre cei șase copii. La vârsta de doisprezece ani a mers din propria-i voință la un Seminar Catolic. A reușit să termine școala în doi ani și jumătate, cu note foarte bune.

În copilărie, mărturisește clientul, relațiile sale cu părinții nu au fost afectuoase. Tatăl era rigid și cu tendințe impulsive, brutale uneori. Relațiile dintre părinți erau lipsite de armonie. Carența afectivă s-a evidențiat și în dinamica sexualității sale. Nu a fost capabil să aibă sentimente profunde pentru nici o fată. Biologic, părea perfect normal, dar emoțional rămânea rece și distant. La douăzeci de ani s-a căsătorit cu o femeie cu șaisprezece ani mai mare decât el, mariaj care mai târziu a căpătat trăsături sadomasochiste. După distrugerea acestei relații, impulsul de a omorî orice femeie care se afla în prezența lui s-a acutizat.

Este corect orientat temporo-spațial, poate reflecta, gândi și răspunde corect la întrebări. Testele de inteligență aplicate indică un nivel intelectual mediu. În schimb, starea sa emoțională este anormală (discomfort, agitație, impulsul de a ucide diverse femei proiectate în plan imaginativ). La început a fost suspectat de hebefrenie dar, diagnosticul pus este de psihopatie schizoidă, perversiune sexuală compulsivă.

A venit singur (din propria voință) la psihoterapie. Analiza existențială s-a desfășurat timp de opt luni de zile (două sedințe pe săptămână), chiar dacă după șase luni de zile tulburările emoționale în contextul personalității sale au fost depășite. La început s-a folosit ca și tehnica asociația liberă, dar când a înțeles rolul acestei tehnici a rămas indiferent, iar mulțumirea sa politicoasă de la sfârșitul ședințelor terapeutice era evident simulată.

Cauza viselor repetate era una singură: separarea de amantă. Atitudinea obedientă față de terapeut era simulată toată pentru a putea fi eliberat din spital. Această atitudine obedientă era aceeași de ani de zile față de toată lumea, o mască în spatele căreia își ascunde atitudinile meschine și compulsiunile de a ucide orice femeie. Pe parcursul evoluției procesului terapeutic a conștientizat blocajul în care se afla, rădăcinile sadismului fiind descoperite în totalitate iar compulsiunile s-au diminuat mult în intensitate.

La sfârșitul terapiei prin analiză existențială, clientul era complet compensat. S-a căsătorit cu o fată mult mai tânără decât el, având o relație de dragoste în limitele largi ale normalului, relație care a dat naștere unui băiețel.

• **Cazul Walt sau „pentru ce să trăiești?”** (adaptare după Corey, G. 1991, pag. 111-117).

Clientul nostru este de șaptezeci și patru de ani și în urma morții soției sale și-a schimbat comunitatea emigrând într-o altă țară. De patru ani de zile de când a murit soția sa și-a petrecut foarte mult timp într-un laborator de igienă mentală din cauza perioadelor de depresie, dezorientare temporo-spațială și tendințelor suicidare. Sedințele terapeutice s-au desfășurat bisăptămânal timp de câteva luni de zile.

Dorește să moară pentru a nu se mai simți singur și nefericit. A fost extrem de dependent emoțional de soție. Pierderea suferită este mult prea mare pentru el. Are nevoie să fie ascultat, să vorbească liber despre problemele lui. Îi face plăcere să experimenteze sentimentele de vină, regret, suferință și separare.

Procesul terapeutic s-a axat pe experimentarea modalității prin care școala a contribuit la construirea sentimentelor sale față de oameni. A fost un profesor de liceu foarte bun, agreat și simpatizat de către elevii săi.

Terapeutul a abordat cazul pornind de la întrebările:

- Ce știi despre client?
- Unde dorește el să ajungă?
- Ce dorește el de la mine?
- Cum pot să-i fiu de folos?

El a dezvoltat o atmosfera suportivă pentru a i se comunica ce înseamnă pentru clientul său existența în această lume. Treptat clientul a fost încurajat să-și schimbe optica față de problemele sale.

„Tu nu ești o victimă nefericită. Vreau să te gândești la o listă cu aspectele din viața ta pe care dorești să le schimbi.”

Este preocupat Walt de un suicid adevărat sau doar de unul imaginativ? Are un plan stabil în detaliu sau asemenea gânduri sumbre izvorăsc din anxietate? - iată câteva dintre întrebările terapeutice cărora li se caută răspuns pe parcursul terapiei. Clientului i se oferă un suport emoțional și social chiar dacă nu se știe când, cum și unde se vor sfârși ședințele de terapie.

## Ilinca sau „rătăcirile și dileme existențiale”

(D. Buzducea - cazul a fost inclus într-un program terapeutic de șase luni, desfășurat de autor sub coordonarea Dr. I. Mitrofan. Vezi „Valențele terapiei de natură umanist-existențialistă în asistarea tinerilor aflați în impas existențial”; lucrare de licență, 1995, Universitatea din București).

• **Biografia clienței** este următoarea: vârsta 21 de ani, sex feminin, căsătorită, status socioeconomic foarte ridicat.

• **Aparența:** uneori îmbrăcată provocator (sexi), alteori decent. Limbaj elevat, se exprimă clar și coerent, vorbește rapid și folosește cuvântul potrivit la situația potrivită. Atrăgătoare dar, mai mult decât atât, seducătoare. Afișează o autoîncredere ca și cum „ar avea toți bărbații la degetul mic”. „Afirmă că poate oricând cuceri orice bărbat și chiar poate anihila pe orișicine, deoarece loviturile ei iscusite lovesc unde trebuie, iar piciorul ei țintește direct în bărbie” (Dobson). Vorbește impecabil, cu exagerata grijă pentru exprimare și oarecare ostentație în limbaj (pretențioasă). Afișează un apetit sexual inepuizabil. „Nu face greșeli și nu se face de râs în public”. Mândră, nu acceptă compromisuri, atotcunoscătoare și omnipotentă. Aceasta este prima impresie pe care o poate face cu mare ușurință - „masca demonstrativă”.

• **Situația de viață:** studentă la litere, locuiește cu soțul, este însărcinată.

• **Problema prezentată:** acuză crize de anxietate și insatisfacție existențială. Momente depresive pasagere.

• **Scenariul existențial:** se crede un „medium” și chiar mărturisește anumite experiențe paranormale cărora le-a fost martor sau protagonist. Preia anumite povestiri, evenimente, experiențe de la prieteni, le asimilează și le povesteste altora ca și când ea ar fi fost protagonistul acestor situații, fapte, întâmplări. De cele mai multe ori se face plăcută datorită talentului actoricesc nativ care o ajută să mintă frumos și să se facă plăcută și acceptată.

Totdeauna, într-un grup de indivizi are tendința irezistibilă de a-i domina și impresiona. Deși este conștientă de faptul că minte și că o parte a grupului nu agreează stilul ei,

perseverează în a mistifica realitatea (ca un exercițiu imaginativ-demonstrativ). Se consideră tipul de „persoană care vede și simte totul”. Devine agresivă și violentă verbal atunci când i se sugerează sau i se dezvoltă exagerările, și acest lucru se întâmplă mai ales când este deja într-o criză de anxietate.

Rareori se poate comunica cu adevărat cu ea, de cele mai multe ori abordează partenerul de discuție ca pe un „obiect temporar” manipulat și înșelat. Nu are „frâne emoționale” și nici verbale. Vorbește plăcut, coerent, dar de cele mai multe ori distorsionează realitatea și aceasta o transformă într-un actor pe scena vieții, teatralizând de fapt cotidianul.

A început să studieze actoria, pe care o abandonează în favoarea studiilor literare. Dorește să se întoarcă la Academia de Teatru dar, încearcă „furie și groază” când vorbește despre timpul petrecut acolo.

Afirmă că este în atenția multor personalități din lumea teatrului și „ca multe” persoane din lumea artistică sunt interesate de ea. Relatează că „toți bărbații care o curtează pe mama sa” o curtează și pe ea sau au curtat-o mai întâi pe ea (complex de rivalitate). Bea și fumează când vorbește despre asemenea situații, reproducând probabil comportamentul propriei mame față de care este ambivalentă (mama este actriță).

Uneori îi place să treacă drept un „copil simpatic” alteori unul nonconformist, turbulent, neadaptat și imposibil. Se teme de singurătate „ca de moarte”, o deprimă și o sperie gândul că ar rămâne singură în casă sau pe stradă și de aceea, ar face orice compromis posibil ca să fie însoțită și „ocrotită”. Nu suportă neputința din partea sexului opus.

Cu prietenii care o acceptă și o sprijină, care o înțeleg și au afinități comune, oscilează între permisivitate și raționalizare pe de o parte și agresivitate pe de altă parte. Inconstanța sa emoțională traduce dificultăți de acceptare a Eului.

„Agitația” manifestărilor este însoțită de agresivitate și aroganță; se pare că acestea sunt întreținute și cultivate de mediul familial. Mereu „posedată” de dorință și necesitatea de a fi în centrul atenției, este o „sugativă afectivă”, totdeauna manipulând pe ceilalți pentru

satisfacerea propriilor interese. Pe de altă parte se plânge de incapacitatea de a iubi cu adevărat oamenii. În realitate structura histrionică o împiedică să poată iubi, ea fiind impresionabilă datorită sugestibilității crescute, căutând mereu protecție și sprijin. Devine dependentă de îndată ce găsește o persoană mai puternică decât ea lângă care să se „cuibarească”; în prezența persoanelor slabe se simte în nesiguranță și intră în „anxietate existențială de circa trei-zeci de minute sau o oră”, temându-se îngrozitor de moarte, uneori „până la lacrimi”. Din când în când are momente depresive de coloratură isterică.

A renunțat pentru moment la cariera teatrală pe motivul că nu se poate afirma „datorită invidiei celorlalți și mai ales a profesorilor”. De notat este faptul că mama sa este o actriță renumită, ceea ce explică mai curând eșecul real în a-și găsi propriul drum și propria confirmare. O altă observație demnă de luat în seamă este aceea că poartă asupra-i fotografia tatălui său decedat, pe care nu-l cunoaște decât din spusele altora; sărută poza în situații posibile și declară de nenumărate ori că este îndrăgostită de acesta, ba chiar afirmă existența unei comunicări „magice” cu tatăl ei, vise în care acesta apare în diferite ipostaze.

Relația neclarificată și frustrantă cu tatăl absent, răbufnește în alegerea maritală actuală (s-a recăsătorit cu un bărbat cu mult mai în vârstă decât ea și care seamănă ca fizionomie și profesie cu tatăl ei).

Istoria ei este destul de zbuciumată: un avort în adolescență în urma raporturilor sexuale cu primul ei „iubit” (și singurul declarat) de care se desparte mai apoi din cauza unui debut psihotic al acestuia (schizofrenie). Din acest moment intră într-un „complex mesianic” (ideea că te poți salva schimbând la nesfârșit bărbații).

Erotizează relațiile sociale, este energică și impulsivă. Are o singură prietenă adevărată pe care a „verificat-o în zeci de situații”. O caracterizează o emoționalitate excesivă, centrată egocentric, drept pentru care, cere mereu aprobare, laudă, sprijin și acceptare. În copilărie manifestă tentative de pseudosuicid pentru a obține satisfacerea propriilor interese, stăpânită fiind de pulsuni și de dorința de a

obține satisfacerea imediată a acestora. Pare atrăgătoare și chiar seducătoare, exagerează relațiile interpersonale unde imaginația bogată și creativitatea își spun cuvântul. Capricioasă, egocentrică, impresionabilă și ușor de influențat. Extrem de încrezătoare în anumite persoane. Accese de furie și violența verbală, deranjată de situațiile în care nu este în centrul atenției.

Relațiile pe care le stabilește sunt egocentrice și lipsite de considerație, furtunoase și labile. Viața sa ar putea fi caracterizată prin două cuvinte: vifor și disperare, iar personalitatea ca fiind structurată pe model isteric.

### • Strategia terapeutică

Am încercat o aplicare a principiilor existențialiste, o întărire a patternurilor comportamentale civilizate, o dezvoltare a comunicării constructive și a unei viziuni pozitive a educației în scopul obținerii, cât de cât, a controlului emoțional și social. S-a accentuat pe implementarea responsabilității și a corectitudinii în alegeri și relațiile interpersonale. Am încercat și discuții asupra unor atitudini și idei iraționale și distructive, pentru o posibilă fără-mițare a lor.

Ascultarea atentă a clienței, a sensului și a logisticii vieții acesteia a fost una dintre tehnicile folosite, ținând cont de structura sa extrem de vulnerabilă (imaturitate afectivă).

Relația terapeutică a fost comprehensivă și suportivă în limita posibilului iar forma de comunicare s-a axat pe dialogul deschis, clar și adecvat situației. Uneori am apelat la latura umoristică, la capacitatea de a râde de propriile greșeli și erori. De asemenea am folosit jocul de rol cu accent pe retrăirea nevoii ei de a fi actriță, de a-și resocializa egocentrismul.

Analiza existențială a relevat ca soluție optimă reîntoarcerea la teatru pentru a se compensa prin artă, pentru a-și resocializa egoismul și nevoia de recunoaștere, deoarece structura psihică și talentul, însoțite de efort o pot ajuta să devină o foarte bună actriță. Aceasta i-ar permite și depășirea complexului de rivalitate maternă, conferindu-i o mai clară identitate. A fost încurajată să se pună în valoare pe linie afirmativă, „să dea o replică mamei sale” întrucât problemele ei își au geneza



în rivalitatea cu „instanța” maternă. Căsătoria sau schimbarea la nesfârșit a bărbaților nu-i vor rezolva problemele.

În rest, va rămâne instabilă toată viața dar, soluția, singura soluție care i-ar conferi sens este **reîntoarcerea la teatru, la cariera artistică**. În ceea ce privește viața sexuală, este de așteptat, în conformitate cu structura sa, să oscileze între frigiditate și excese sexuale.

În cazul în care nu se va realiza în artă, este posibil să alunece pe panta nevrozei, a alcoolismului sau suferinței existențiale, iar viața să i se deruleze „ca un lanț ale cărui verigi sunt noi și noi impasuri existențiale”.

Toate aceste alternative existențiale au constituit miezul dialogului terapeutic, ceea ce a condus treptat, la o mai bună clarificare de sine, la o diminuare a anxietății, la redimensionarea și reevaluarea propriilor resurse. Impasul emoțional a fost depășit, iar evenimentele ulterioare (maternitatea, finalizarea studiilor universitare) au găsit-o mai pregătită să le facă față.

## **7. Sugestii pentru antrenamentul formativ al terapeutului existențialist - autoanaliza și clarificarea valorilor (I. Mitrofan)**

Terapeutul existențialist, prin scopurile și strategiile sale de analiză și suport psihoterapeutic este implicat într-un proces de reflecție asupra vieții și semnificațiilor acesteia din perspectiva suferinței fizice sau morale.

Cum poate depăși clientul impasul existențial, ce motivații îl animă sau îl blochează, ce semnificații au evenimentele pentru modul în care își concepe, înțelege și acceptă viața, pentru opțiunile și atitudinile sale? Cum experimentează el în prezent alternative comportamentale care să-i deschidă o poartă spre viitor? Iată câteva dintre interogațiile care ghidează procesul analitic existențial. Dar, în egală măsură, accesul la „filosofia de viață” a clientului și posibilele restructurări benefice, presupun o conștientizare, confruntare și clarificare a propriei „filosofii de viață” de către terapeut.

Întâlnirea eu-tu care se petrece în timpul analizei existențiale angrenează un proces de

dublă reflecție și autorevelare. Terapeutul, pe de o parte, se confruntă cu întrebări de tipul:

- cum îl percep și evaluez pe X în acest moment al vieții lui?
- unde dorește X să ajungă și încotro se îndreaptă, de fapt?
- ce dorește X de la mine și cum aș putea să fiu un suport pentru el?
- în ce mod îi pot fi util și de ce?
- cum aș putea să-l ajut să-și schimbe viziunea asupra situației lui de viață, acceptând evenimentele cu care se confruntă?
- cum aș putea să-l devictimizez?
- cum trăiește și ce semnificație au pentru el problemele esențiale: moartea și viața, ura și iubirea, mânia și iertarea, afirmarea și renunțarea, șansa de a decide pentru sine sau de a se lăsa în voia evenimentelor, a anxietății existențiale, autoabandonului?
- ce semnificații au pentru mine aceleași probleme, în situația în care m-aș fi confruntat cu ele sau dacă m-am confruntat, la rândul-mi cu ele? Dar în situații asemănătoare, eu cum aș fi simțit, înțeles, evaluat și suportat evenimentul sau situațiile respective?

Pe de altă parte, clientul, pe lângă întrebările legate de propriile sale probleme, își poate formula și altele, rezultate din relația sa cu terapeutul, de tipul:

- ce crede el despre mine ca persoană? Dar despre problemele mele?
- mă poate el înțelege și ajuta?
- gândește el asemănător mie în această problemă?
- nu cumva povestindu-mi despre suferința mea îi fac și lui rău? Nu cumva mă expun judecății lui?
- nu cumva mă evaluează greșit și își imaginează despre mine cu totul altceva decât sunt și simt eu în realitate?
- nu cumva va renunța la mine, dacă îi voi mărturisii tot adevărul, sau cutare aspect?
- oare el în ce crede și de ce?
- pentru el ce semnificație au aceste lucruri?

Mărturisit sau nemărturisit, conștient sau parțial conștient, clientul se confruntă în actul terapeutic, nu doar cu propriile lui probleme existențiale, ci și cu posibilele efecte imaginate sau așteptate ale acestora în cadrul relației terapeutice.

**SITUAȚIA ȘI RELAȚIA TERAPEUTICĂ** îl angrenează într-un proces dinamic de autoconfruntare prin dialogul existențial. Se deblochează astfel autoînțelegerea, o mai corectă autoevaluare și se activează preluarea răspunderii propriilor sale resurse, opțiuni, interese vitale, nevoi și dorințe. Clientul descoperă treptat un mod natural de a se responsabiliza pentru destinul său, de a fi prezent și conștient de propria sa viață, de sensul și resursele sale.

Din perspectiva analizei existențiale, clientul este „activat” să devină dintr-o persoană pasivă, ancorată în rolul de „victimă”, o persoană conștientă de participarea ei în construcția acestui „rol”, ca și de libertatea sa de a-l restructura, înțelegând și operând schimbarea semnificațiilor evenimentelor și reacțiilor la acestea, precum și propria imagine și concepție despre sine.

Deși analistul existențial nu-și propune explicit restructurarea personalității clientului, el îi poate oferi **suportul de dialog necesar unei autorefecții și reorientări interioare**.

Întâlnirea terapeutică prilejuiește împărtășirea unor experiențe, sentimente, amintiri și asociații semnificative, readuse în prezent și reexperimentate de client din perspectiva sensurilor îmbogățite, a înțelegerii universului interior, dar și a reacțiilor unei alte persoane, care uneori se dezvăluie în dialog.

Astfel, partenerii dialogului existențial împărtășesc și înțeleg împreună o experiență de relație din perspectiva semnificațiilor ei, integrând-o cu realism și responsabilitate în lumea interioară a clientului, îmbogățită și extinsă în planul cunoașterii.

Ei nu își propun să „vindece” o anumită stare de suferință, ci să acceadă împreună la resorturile intime, ascunse, ale conștiinței de sine, îndepărtând pas cu pas, starea de victimă, demolând argumente subiective, reexperimentând alternative de viață.

Dar a desfășura un astfel de dialog terapeutic, presupune din partea terapeutului un efort continuu de autoconștientizare a propriilor reacții, opțiuni, concepții, atitudini. Acesta îi creează o disponibilitate de autoevaluare corectă, dar totodată o condiție psihologică receptivă la practica reflecției existențiale terapeutice. Sugerăm în continuare, sub forma

unor interogații, câteva dintre punctele de reflecție (adaptate după G. Corey), asupra cărora terapeutul existențial e bine să-și îndrepte atenția și exercițiul personal, pentru a căpăta capacitatea de a susține acest tip de dialog.

### **Suport de antrenament formativ în analiza existențială**

Seminarul se centrează pe două nivele:

**A. Lucrul cu formatorii** — autoanaliza și interanaliza pentru pregătirea disponibilităților psihologice de a aborda un caz prin analiza existențială.

**B. Alte cazuri exemplificative** — suport de analiză și interpretare.

**A. Întrebări suport cu caracter problematizant pentru trainingul formativ al analistului existențial** (cu centrare pe cazul R)

Se lucrează cu fiecare membru al grupei de studenți și fiecare lucrează cu sine însuși în afara seminarilor.

1. Ce alegeri importante ai făcut? Gândește-te la un punct de răscruce din viața ta. Cum au afectat unele dintre alegerile tale viața prezentă?

2. Ce înseamnă libertatea pentru tine? Crezi că ești autorul vieții tale? Crezi că ești rezultatul opțiunilor și alegerilor tale? Cum crezi că propria ta viziune asupra vieții va influența modul în care lucrezi cu cazul R?

3. În cazul R, terapeutul formator s-a orientat asupra anxietății și autenticității. Raportează lucrul cu R la aceste elemente în contextul vieții tale. Poți să-ți reamintești perioade din viața ta când ai resimțit anxietate în fața necesității de a face alegeri?

4. Privind asupra vieții tale, în ce grad libertatea ta s-a exprimat în asumarea responsabilității privind alegerile tale? În ce moduri ai experimentat anxietatea în fața necesității de a face alegeri? Ce ai simțit atunci? Ce simți acum, când readuci în prezent acele experiențe?

5. În ce moduri ai resimțit anxietatea când ți-ai manifestat libertatea și responsabilitatea? În ce măsură răspunsurile tale la aceste întrebări sunt relevante pentru modul în care ai abordat cazul R?

6. Ce experiențe din viața ta îți permit să te identifice cu R? Ai încercat unele din frământările ei? Te-ai confruntat cu probleme similare?

Cum te-ai descurcat cu aceste frământări și probleme similare? Cum se relaționează aceste experiențe ale tale cu modul în care dialoghezi cu R? Ce experiență potențială ca terapeut te aștepți să ai?

7. Raportează-te la modul în care a lucrat terapeutul formator cu R. Ce aspecte ale acestui stil te-ar face să tratezi cazul cam în aceeași manieră? Pe ce alte elemente te-ai putea concentra? Ce tehnici diferite ai putea folosi?

8. Compară această manieră de abordare cu altă manieră terapeutică (nondirectivă, gestaltterapeutică și psihoanalitică). Ce diferențe sesizezi?

9. Ce simți tu și ce crezi în legătură cu moartea, referitor la tine și la cei pe care îi iubești? În ce măsură crezi că ai explorat propria-ți anxietate în legătură cu pierderea și cu moartea? Cum ai putea răspunde la această întrebare astfel încât consilierea lui R să fie eficientă?

10. Care sunt problemele existențiale pe care se centrează analiza existențială și care au relevanță personală pentru propria ta viață? Cum ai răspunde la întrebarea: „Pot terapeutii să-și orienteze și asiste clienții în abordarea problemelor lor existențiale dacă nu au abordat aceste probleme în propria lor viață?”

## Capitolul 5

# TRANSPARENȚĂ, UMOR ȘI RESPONSABILITATE — PRIMUL PAS SPRE SCHIMBARE

*Doru Buzducea*

## CUPRINS

1. Scurtă prezentare (istoric, fundamente, viziune și domeniu aplicativ) . . . . .	136
2. Modelul terapeutic . . . . .	137
2.1. Principiile terapiei realitate . . . . .	137
2.2. Strategii ale relației terapeutice . . . . .	138
2.3. Metode și tehnici terapeutice . . . . .	139
3. Un caz paradigmatic - abordare din perspectiva terapiei realitate . . . . .	140

## 1. Scurtă prezentare (istoric, fundamente filosofice și psihologice)

Bazele acestui sistem terapeutic modern sunt puse de către psihiatrul W. Glasser. Cu preocupări în domeniu s-au remarcat și J.H. Pratt, P. DuBois, L. Welberg, H. Kaiser, L. Zuin și alții. Începând cu anii '60 și-a extins vertiginos popularitatea în rândul comunităților terapeutice. Această popularitate se bazează pe faptul că este o terapie mai puțin tehnică, este ușor de înțeles, se bazează pe bun simț, este orientată spre succes și rezolvarea rapidă a problemelor și nu în ultimul rând este eficientă în cadrul coordonatelor timp-resurse-efort.

Se bazează pe dezvoltarea unei filosofii pozitive a educației, pe implementarea unui stil de viață constructiv, transparent și responsabil. Pentru obținerea controlului social accentul este pus pe autoanalizarea comportamentului prezent. Se implementează responsabilitatea personală asupra patternului comportamental, în acest sens responsabilitatea fiind sinonimă cu sănătatea mentală. Ajută clientul să acționeze pozitiv pentru realizarea unui comportament de succes „aici și acum”. Reprezintă mai degrabă un proces de predare decât unul de vindecare, fiind mai curând o metodă preventivă decât una de restaurare. Terapia realitate oferă o alternativă clienților, terapeuților și studenților întrucât pretinde implicare personală, dinamism, responsabilitate, gândire pozitivă și acțiune.

Acest gen de terapie consideră că nevoia psihologică transcendentă tuturor comunităților și tuturor religiilor este **nevoia de identitate**, de individualitate care se dobândește prin interrelaționare socio-umană și se reflectă în sistemul axiologic și religios, în statusul socio-economic și în filosofia de viață. Orice ființă umană are nevoie de libertate, respect, aprecieri pozitive sau negative, de a i se rosti numele și de a fi cunoscut ca om. Cristalizarea și consolidarea identității personale precede performanța.

Primul pas în schimbare este depistarea unui comportament autentic, cinstit, corect.

Acceptăm realitatea așa cum este ea pentru că nu putem să o schimbăm în sensul rescrierii istoriei personale. Principiul filosofic fundamental al terapiei realitate este acela că indivizii sunt auto-determinați. Într-adevăr, presiunea psihosocială are efecte asupra „funcționării” emoționale dar, în general, clienții sunt autonomi și responsabili.

Se consideră că persoanele care-și dezvoltă o identitate greșită tind să fie singuratici, criticiste și iraționale. Se comportă rigid și inefficient, deseori arătând slăbiciune, iresponsabilitate și lipsa încrederii. Uneori se simt bine în practica unor greșeli deja conștientizate. Nu se acceptă scuze pentru comportamentul iresponsabil, iar dacă un subiect își asumă responsabilitatea propriului comportament atunci nu are nevoie de psihoterapie. Individul responsabil este autonom și cu suficient suport psihologic pentru a obține de la viață tot ceea ce dorește cu adevărat. „Responsabilitatea individuală este scopul tratamentului iar nefericirea este rezultatul și nu cauza iresponsabilității.” (W. Glaser & L. Zunin, 1978, pag. 303).

Se urmărește astfel eliminarea distorsiunilor și a incongruențelor.

Procesul terapeutic se focalizează pe prezent neacceptându-se scuze pentru inautenticitate și distorsiuni. Terapeutul trebuie să fie autentic pentru dezvoltarea și „developarea” distorsiunilor, încearcă să le sfărâme, niciodată nu le întărește, eventual le discută dezvoltând puterea clientului în realizarea unei congruențe între sentimentele și patternurile comportamentale proprii. Suferința noastră „cea de toate zilele” se datorează unei incongruențe între ceea ce simțim și ceea ce facem iar peste Golgota noastră proprie se așterne izolarea, întunericul, anxietatea de relație socială, plictiseala, insatisfacția, urâtul și neputința. **Regula de bază a vieții nu este alta decât transparența.** Terapia realitate este cea mai simplă formă de terapie, cea mai sensibilă și cea mai completă și rațională dintre toate formele de terapie centrală pe realitate.

Se opune tuturor raționalizărilor, scuzelor sau explicațiilor distorsiunilor, urmărind sensul și logica vieții.

Sorgintea acestei orientări se află în tradiție, în faptul că omul a căutat totdeauna adevărul, înțelepciunea și formarea, devenirea și creșterea spre desăvârșire. Putem găsi și puncte tangibile cu teoria individuală a lui Adler (subiectul caută rațiunea și nu misticismul transpersonal), cu mitologia lui C.G. Jung, cu terapia rațional-emoțională a lui A. Ellis.

Se consideră că omul fără identitate, „fără nume” este anxios, depresiv, nesatisfăcut și neîmplinit. Subiecții cu identitate se simt iubiți, acceptați, sunt satisfăcuți, dețin speranță și bucurie.

## 2. Principiile terapiei realitate în viziunea lui W. Glasser

Va fi descris prin prisma principiilor, a strategiilor și a tehnicilor utilizate.

### 2.1. Principiile terapiei realitate

Glasser și Zunin (1978, pag. 302-323) au dezvoltat opt principii de bază ale acestei viziuni terapeutice:

- **Principiul personal** sau „implicare personală în relația cu clientul”: atmosfera terapeutică este călduroasă, comprehensivă, încurajatoare, suportivă; se folosește în mod frecvent pronumele personal singular. Terapeutul este binevoitor, prietenos, apropiat, admite imperfecțiunea, dar este dinamic, urmărește dezvoltarea și maturizarea clientului. Nu se vorbește continuu despre incongruențe și incompetență ci, se discută orice altceva, orice subiect dorit de către „sistemul client”. Această implicare trebuie făcută astfel încât clientului să-i fie cât mai clară cu putință. Terapeutul devine un „supervizor” în procesul de testare a identității clientului: valoare, competență, umor, transparență și responsabilitate. Implicare personală nu înseamnă dependență patologică ci libertate și autonomie. Acest prim principiu „deschide” noi parcursuri principale de facilitare a implicării, motivării și succesului.

- **Focalizarea pe comportamentul prezent al clientului, mai puțin pe sentimente și mai degrabă pe prezent decât pe trecut:**

Conștientizarea comportamentului are ca rezultat dobândirea identității.

Sentimentele și comportamentul sunt interrelaționate și reciproc determinate. Deosebit de dificilă este schimbarea sentimentelor fără a schimba mai întâi comportamentul. Terapia realitate se focalizează mai mult pe comportament pentru că este mult mai ușor de schimbat, iar o schimbare în această sferă precede totdeauna o schimbare în sfera sentimentelor. Când clienții se simt mai bine atunci fac lucrurile mai constructiv. Când fac lucrurile bine, atunci se simt cel mai bine. Este un fenomen psihologic circular. Nu putem hotărî să ne simțim cel mai bine dar putem totdeauna să hotărîm să facem lucrurile cel mai bine; și făcând lucrurile cel mai bine ne vom simți cel mai bine. Sentimentele bune și pozitive sunt un adagiu al unui comportament responsabil, competent și autentic. Spre exemplu, dacă clientul va spune: „mă simt mizerabil și depresiv” atunci terapeutul în loc să întrebe „de ce crezi că te simți depresiv?” îi va răspunde: „ce faci tu de te simți așa depresiv?”, „cum te porți?”. Terapeutul nu va spune clientului: „spunem mai multe despre cum este să te simți depresiv” și nici „spunem, când te vei simți din nou depresiv?”, ci se va concentra pe ceea ce clientul face și pe ceea ce poate el să facă cel mai bine. Îl va întreba: „ce poți să faci pentru a te simți mult mai competent?”. Simpla discuție asupra problemelor, eșecurilor și sentimentelor negative nu va putea schimba comportamentul și nici sentimentele. Adesea clienții rămân uimiți și mirați când li se pun astfel de întrebări. Trebuie confrunțați cu realitatea, cu ceea ce ei fac în mod concret, cum se comportă. Nu accentuăm empatia ci spunem: „acum înțeleg ce simți, dar haide să vedem ce vrei să faci acum”. Ne concentrăm pe prezent, trecutul este „osificat”, fixat și nu poate fi regândit sau modificat. Tot ceea ce poate fi schimbat este prezentul imediat. Conștientizarea comportamentului prezent iresponsabil și învățarea modurilor de a deveni responsabili sunt factorii cheie în dobândirea unei identități de succes. Se discută trecutul doar în măsura în care acesta influențează experiența aici și acum. Ne focalizăm pe ceea ce poate clientul să facă mai mult, să experimenteze în întregime să încerce diferite alternative comportamentale.



• **Evaluarea și realizarea unei Judecăți axiologice asupra propriului comportament:** fiecare subiect este responsabil de comportamentul său și de aceea trebuie să se implice într-un proces de evaluare și „judecare” a propriului comportament. Este capabil de decizie, de exploatare și de modificare a stilului comportamental. În procesul de evaluare terapeutul trebuie să fie activ și obiectiv, nu este un judecător și nici un „ghid moral”.

• **Asistarea clientului în planificarea unui comportament responsabil:** înseamnă stabilirea unei strategii de trecere de la comportamentul autoprogramat pe eșec la un comportament autodeterminat pentru succes. O dată stabilit, planul va fi susținut în implementarea practică. Acesta trebuie să fie realist, înscris în determinațiile psihogenetice ale subiectului, în interiorul limitelor motivaționale. Se preferă planuri mici dar sigure, cu un risc scăzut de eșec. „Dacă anticipezi eșecul, îl vei avea” (Hemingway). Se discută detaliile planului, se iau în calcul și alternativele posibile, se cere flexibilitate, fluiditate și obiectivitate. Individualitatea celor planificate este vitală și de aceea este bine ca să nu li se impună clientului absolut nimic. Nici unui plan nu li se recunoaște exclusivitatea și nici sacralitatea.

• **Decizia angajării în acțiuni responsabile:** reprezintă piatra unghiulară a terapiei realitate. Este imperios necesară decizia aplicării planului stabilit. O angajare de moment poate să-și piardă valabilitatea peste câteva zile, de aceea este necesar să testăm continuu realitatea socială în care trăiește și se mișcă clientul. Motivația întru angajare asigură succesul planului. Uneori un angajament scris este extrem de important. Poate exista și o agendă în care se notează contractul, planul și performanțele zilnice. Stabilirea concretă a acțiunilor, a timpului, a locului și a activităților ajută foarte mult la limpezirea lucrurilor.

• **Nu se acceptă scuze pentru greșeli și nici pentru lipsa de performanță:** noua paradigmă, noul plan are inserat în el succesul. Cei doi protagoniști (terapeutul și clientul) sunt convinși de succesul planului stabilit. Scuzele unui eventual eșec sau non-implicarea nu sunt acceptate. Dificultățile circumstanțiale nu scad cu nimic din responsabilitatea clientului.

Terapeutul nu va deprecia sau blama clientul pentru un eșec. „De ce merge rău?” este o întrebare care nu se pune niciodată. În schimb vom întreba: „De ce ai eșuat?”; „Nu te-am întrebat de ce lucrurile merg rău. Te-am întrebat când ai de gând să faci ceea ce ai spus că faci?”. Este o disciplină terapeutică ce constă în abilitatea de a nu accepta scuze, argumente și motive pentru eșecuri și căderi, în scopul de a nu fi un detectiv programat pe „de ce-uri?”. Terapeutul nu empatizează greșelile clientului. Cea mai bună strategie este de a menține o implicare grijulie și spontană. Dacă planul nu merge în nici un fel, deci se dovedește a fi nerealistic, atunci se reevaluează judecățile axiologice anterioare și se regândesc anumite componente ale planului.

• **Eliminarea pedepsei pentru eșecurile clientului** dar, ținându-se totuși seama de consecințele ce pot să apară: atunci când clientul greșește se elimină pedeapsa, deoarece aceasta ca modalitate de schimbare duce la stabilizarea valorică a eșecului, acesta căpătând identitate. Se elimină exprimări de genul: „Vad că n-ai făcut asta”; „Vei încerca din nou” niciodată nu se renunță. Pedeapsa este un obstacol în plus în calea succesului orice aluzie critică la adresa clientului îl poate face pe acesta să se „simtă” singur și neputincios. Muștrarea nu echivalează cu responsabilitatea ci cu întărirea profilului de victimizare. În schimb, concentrarea pe consecințele unui comportament iresponsabil este o soluție mult mai bună decât pedeapsa. Aceasta conduce la siguranță și nu la pierderea respectului.

Pedeapsa reclamă obediență iar conștientizarea consecințelor conduce la perceperea schimbării ca pe o necesitate. În analiza consecințelor terapeutul trebuie să fie extrem de atent.

• **Nu se renunță niciodată:** chiar dacă clientul nu va obține succes în toate etapele sau în toate componentele planului, niciodată nu se renunță la stabilirea unui nou mod de viață mai transparent și mai responsabil.

## 2.2 Strategii ale relației terapeutice:

Pe baza principiilor terapeutice se pot stabili anumite strategii ale relației terapeutice care asigură „fluiditate” și continuitate procesului terapeutic (Gilliland, James, Bowman, 1989, pag. 225-228):

• **Pozitivitate:** terapeutul se concentrează pe discutarea și întărirea planurilor ce pot determina comportamentele pozitive. De cele mai multe ori, clienții care solicită psihoterapie cred că terapeutul vrea să audă în primul rând necazurile, problemele, eșecurile, dezamăgirile și neîmplinirile lor. Nimic mai fals. Asemenea discuții asupra aspectelor negative ale existenței adâncesc depresia și nu contribuie la îmbunătățirea felului de a gândi sau de a acționa. Pozitivitate înseamnă responsabilitate și angajament.

• **Controlul percepțiilor:** se face prin procesul de meditație. Planificând cu regularitate o activitate meditativă, clientul își mărește substanțial șansele unei schimbări potențiale sau poate stabili la modul reflexiv anumite alternative posibile de schimbare a modului de viață.

• **Confruntarea:** este o strategie absolut necesară, bazată pe faptul că terapia realitate pretinde responsabilitatea clientului și nu acceptă „scuze” pentru iresponsabilitate și iraționalitate. Clientul va fi confruntat în maniera în care se poate simți acceptat și puternic. Totdeauna confruntarea pozitivă valorizează clientul. Mutația spre un comportament responsabil nu poate fi făcută decât prin confruntarea directă și intenționată a scuzelor, explicațiilor și raționalizărilor clientului. Confruntarea nu vizează autonomia, nici integritatea și nici valorile personale.

• **Planuri și contracte:** numărul sesiunilor terapeutice, costurile, responsabilitățile terapeutului și clientului, scopurile intermediare și pe termen lung și acțiunile specifice conturează un proces structural și rațional pentru garantarea reconstrucției ființei umane și implicit dobândirea unei identități de succes. Este extrem de important ca planul și contractul terapeutic să fie scrise.

• **Rezolvarea conflictelor.** Trebuie să distingem între conflictele adevărate și cele false. Conflictele adevărate sunt cele care conduc la schimbări comportamentale. Cea mai adecvată strategie de reducere a stresului este de a nu face nimic, ceea ce înseamnă alegerea de a fi pasiv, de a practica un comportament de așteptare. Unele conflicte se dezamorsează fără nici o intervenție. De cele mai multe ori, ceea ce se crede a fi un conflict, nu este altceva decât un fals conflict.

## 2.3. Metode și tehnici terapeutice:

Terapia realitate este un sistem de idei care poate fi însușit cu ușurință de orice persoană responsabilă. Nu este o terapie exclusivă și centrată pe boli psihice, ci este focalizată pe incompetență și iresponsabilitate. Este simplă, pe înțelesul tuturor și poate fi aplicată fără un efort prea mare, motiv pentru care nu necesită tehnici speciale. Se aplică de către părinții copiilor, de către preoți enoriașilor, de către soț soției, de către patroni angajaților, de către iubit iubitei ș.a.m.d.

Pentru prima dată în istoria psihoterapiei, un sistem terapeutic bine consolidat, aduce în discuție „inutilitatea” terapeutilor experți, ceea ce nu exclude formarea și responsabilitatea celor ce practică psihoterapia.

Forma de comunicare este dialogul deschis, precis, clar și adecvat situației. Se folosesc cuvinte potrivite, evitându-se pe cât posibil metaforele și limbajul ezoteric. Procesul terapeutic se desfășoară sub imperiul logisticii și al obiectivismului.

Nu se accentuează pe empatie. Umorele este o parte a procesului terapeutic și de aceea se dezvoltă abilitatea de a vorbi liber și a rade de propriile greșeli și erori. Râsul și umorul reprezintă bucurie, fericire și bună dispoziție. Se aplică în special psihoticilor, anxioșilor, adolescenților cu probleme, delincvenților și în conflictele maritale. Nu este indicată în cazurile de autism și retardare mintală. Nu se opune diagnosticului dar nici nu-l vede ca pe o necesitate. O tehnică des întâlnită este „terapia verbală de șoc” care nu va fi însă utilizată frecvent. Exemplu:

**Clientul:** „Ce crezi tu despre mine?”

**Terapeutul:** „Cred că ești nebun”.

După o pauză oarecare i se explică faptul că nebun este omul fără responsabilitate. Dacă clientul privește pe geam terapeutul îi va spune: „nu este nimic interesant afară”. Terapeutul este rațional, didactic, directiv, instructiv și implicat în procesul de reconstrucție a ființei clientului. Nu judecă și nu sancționează. Este contraindicată analiza viselor deoarece accentul este pus pe conștient și nu pe inconștient. Responsabilitatea pentru activitățile conștiente duce la maturizare, respect, dragoste și succes.

Acest model terapeutic s-a bucurat de succes în cazul unei categorii variate de clienți. Principiile sale sunt aplicate atât în scop preventiv cât și în scopul restaurării personalității umane. Se practică individual sau în grup, în școli sau alte instituții dar și în viața de zi cu zi.

Adepții acestei viziuni terapeutice încurajează pe orice persoană responsabilă să practice terapia realitate.

### **3. Un caz paradigmatic — abordare din perspectiva terapiei realitate**

**Manny: un ratat?** (cazul este preluat după Corey, G., 1991, pag. 236-241)

**Evaluarea inițială — de la supoziții la scopuri terapeutice:**

Manny, 27 de ani, a ales cariera militară. Lucrează la Baza Militară americană din Germania. La prima ședință de terapie prezintă un nivel ridicat de anxietate și multe manierisme corporale. După ce s-au făcut prezentările, dialogul a decurs după cum urmează:

**Clientul:** Sunt aici nu din voința mea, ci din ordinul comandantului.

**Terapeutul:** Dacă nu ai vrut să vii, cum se face că totuși ai venit?

**Clientul:** Ce vrei să spui? Am fost obligat să vin pentru că nu mi s-a dat posibilitatea alegerii.

**Terapeutul:** Dar ai intrat singur pe ușă. Ce s-ar fi întâmplat dacă n-ai fi venit?

**Clientul:** Se consideră că aceasta a fost o șansă care mi s-a acordat înainte de a fi dat afară.

**Terapeutul:** Dacă tu ai decis că e mai bine să mă vezi pe mine decât să fii dat afară.

**Clientul:** Deși nu știu cu ce m-ar putea ajuta asta, prefer să încerc decât să rămân iarăși pe drumuri.

**Terapeutul:** Nici eu nu știu cu ce aș putea să te ajut dacă nu stabilim împreună de ce anume ai avea nevoie. Dar tu ești acum aici și de tine depinde în cea mai mare măsură cum vei folosi acest timp.

**Clientul:** N-aș vrea ca ei să mă dea afară, mai ales după ce mi-am petrecut atâția ani retras.

**Terapeutul:** Aș vrea să aud mai mult despre consecințele concedierii tale și modalitățile la care te-ai gândit pentru a o evita.

Inițial, clientul își exprimase dezacordul față de faptul că venise la terapie. Nu vom încerca să-i înfrângem rezistența, ci îl vom angaja în discuții privitoare la posibilele consecințe ale angajării sau dezangajării sale în programul de terapie. În acest fel îi poate fi mai ușor să vorbească și se poate pune fundamentul pentru o implicare mai efectivă a lui în procesul terapeutic. Deși el se percepe ca un client involuntar, este provocat să conștientizeze că a fost alegerea lui să accepte terapia ca alternativă la concedierea din armată. Ar fi putut găsi o modalitate de rezistență mult mai dificilă, spunând pur și simplu: „Nu vreau să vorbesc!” Exemple de remarci care ar putea ușura inițierea relației terapeutice ar putea fi: „Și cu cine ai putea vorbi mai ușor?” sau „Poate am putea discuta mai mult despre ce s-ar fi întâmplat dacă nu veneai la consiliere.”

„Ești dispus să spui de ce ești aici?” Dar din nou, dacă este lăsat să-și mențină rezistența, se pot obține mai ușor informații despre sine în situația dată. Este nevoie ca el să conștientizeze beneficiile de care s-ar putea bucura în urma consilierii.

Cu siguranță că la un moment dat clientul va reaminti că nu a vrut să participe la ședințe. În acel punct i se va face cunoscut ce anume urmează să facă în ședințele de terapie și care este rolul terapeutului. I se va spune de asemenea ce se așteaptă de la el. Terapeutul nu îl va accepta necondiționat, nici nu îl va privi tăcând, nici nu-i va impune să vorbească. Probabil că va fi nevoie de trei ședințe în timpul cărora se va evalua pentru a ne face o imagine asupra a ceea ce îi poate oferi lui consilierea. Dacă e de acord să vină pentru aceste trei ședințe, vom folosi timpul în cea mai mare măsură pentru a-l învăța în ce constă procesul de consiliere, să fie pregătit să vadă ceea ce face el acum și să se evalueze în ce măsură se poate lucra cu el. De notat că terapeutul nu-i va impune despre ce să vorbească, dar va insista ca la un moment dat el să se refere la comportamentul său prezent. Dacă va fi de acord cu aceste limite, vom putea proceda în prima ședință după cum urmează:

### **Desfășurarea procesului terapeutic**

**Terapeutul:** Aș vrea să discutăm despre motivul pentru care ai fost trimis la terapie și ce beneficii ai putea avea în această primă ședință. Ești pregătit?

**Clientul:** Tu ai vrut-o, fie cum spui! Sunt aici pentru că armata crede că am o problemă serioasă cu drogurile. Au presupus că tu mă poți ajuta să revin pe drumul cel bun. Problema mea de fapt nu e legată de droguri, ci de armată și de toate acele reguli de Mickey Mouse.

**Terapeutul:** Ce e cu armata și cu regulile ei? Se dă astfel clientului posibilitatea să spună ce probleme are. Face ca el să fie conștient că are o problemă, una care este împotriva modului său de viață, el nu va fi preocupat să-și schimbe comportamentul. Pentru că e cu totul altceva ca ofițerul comandant să sesizeze la el o problemă și să-i ordone să vadă un specialist și e altceva când el însuși acceptă că are cu adevărat acea problemă. Acesta este punctul în care clientul este controlat din exterior. O parte a implicării clientului în terapie este să-l faci să câștige controlul asupra propriei sale vieți. Scopul terapeutului este să determine clientul să vadă care parte din viața lui este sub control și care nu. Acest proces poate fi facilitat încurajându-l să își analizeze dorințele, nevoile și percepțiile.

**Clientul:** Sigur că am problemele mele. Și tu le-ai avea dacă ai fi crescut așa cum am crescut eu. Bătrânul meu m-a alungat de acasă pe când eram copil și a trebuit să trăiesc cu un unchi. Am intrat într-o gașcă de infractori și de atunci am început să fiu un ratat. Am fost alungat din școala pentru trafic de droguri și activitatea infracțională. Niciodată nu am fost în stare să-mi păstrez o slujbă. Am avut cu adevărat o viață grea. Dacă ar fi trebuit ca tu să treci prin câte am trecut eu, poate că nu ai fi reușit nici cât mine. Sunt un ratat, dar cel puțin sunt un ratat în viață. Pe cuvânt de onoare, nu arăți deloc a fi unul care a trăit între gangsteri și care a trebuit să înfrunte tot ce am înfruntat eu. Cum ai putea înțelege tot ce mi s-a întâmplat?

În acest moment este nevoie ca terapeutul să își ia unele precauții pentru a nu deveni defensiv. Mai mult decât atât, trebuie impusă o direcție pozitivă pentru ca ședința să nu se

transforme într-o lamentare în care clientul să argumenteze că nu este de acat pentru suferințele sale. În terapia realitate nu încurajăm patternul de învinovățire (blamare) în care clientul se absolvă de orice responsabilitate personală pentru ceea ce este, nici nu încurajăm „recitarea” biografiei ca explicație pentru ceea ce reprezintă comportamentul său prezent. Pe de altă parte, clientul încearcă să convingă că nu poate fi înțeles felul în care a trăit, mutând discuția de la comportamentul său. În aceste condiții, va trebui abordată direct problema capacității terapeutului de a-l înțelege.

**Terapeutul:** Ai dreptate. Dar asta nu înseamnă neapărat că nu te pot înțelege. Aș vrea să-mi dai această șansă. Chiar dacă am avut experiențe de viață diferite de ale tale, aș fi totuși în stare să văd lucrurile la fel ca tine și să simt la fel. Mi-ar plăcea să am posibilitatea să te cunosc mai bine, chiar și doar pentru acea singură ședință.

**Clientul:** Păi, înainte de a înțelege ceea ce sunt, ai nevoie să știi prin ce am trecut. Bătrânul meu nu a fost alături de mine la nevoie și am fost bătut tot timpul, am ratat tot ce am încercat — sunt cu adevărat un ratat. Un outsider din start. Și asta, în cea mai mare parte pentru că nu am avut lucrurile pe care cei mai mulți copii le au.

Din nou se face apel la bogăție. Ne putem face o idee despre felul de a fi al clientului dacă îl lăsăm să-și povestească viața detaliat, așa cum o vede el acum. Apare însă pericolul de a pierde din vedere comportamentul său preferat — ce face el acum — dacă stăruim asupra adversităților întâmpinate și cât de nefericit a fost el în trecut. Îl vom face să se concentreze asupra prezentului, examinând dacă ceea ce face el acum îl ajută sau nu.

**Terapeutul:** În munca mea, lucrez cu ceea ce clienții mei fac în prezent și cum își conduc propria viață. Cred că am putea fi cu ușurință atrași de viața ta trecută dar, eu nu sunt foarte interesat cât de ratat ai fost tu în trecut ci, cât de învingător vei putea fi. Mi-ar plăcea să te aud povestindu-mi despre lucrurile și faptele asupra cărora tu ai control în acest moment.

**Clientul:** Bine, dar vreau să-ți arăt motivele pentru care sunt atât de aiurit acum.

Nu ai nevoie să-mi cunoști copilăria pentru a mă ajuta? Nu trebuie să știu mai întâi cauzele problemelor mele pentru a le putea rezolva?

**Terapeutul:** Nu cred că analiza trecutului este importantă acum. Eu nu cred că te poate ajuta prea mult lamentația atâta timp cât nu discutăm despre legăturile trecutului cu ceea ce tu consideri a fi o problemă a sa în acest moment. Ceea ce vreau eu să te fac să analizezi, ceea ce merge sau nu merge în viața ta. În timpul care ne-a mai rămas astăzi aș prefera să discutăm despre ceea ce te deranjează în comportamentul tău. Ești pregătit?

**Clientul:** Ceea ce mă deranjează atât de mult e grămada de necazuri pe care le am. Am stat în pușcăria militară din cauza drogurilor, iar lucrurile nu se anunță a fi mai bine nici pentru viitor. Sunt momente în care mi-aș dori să fiu altfel dar nu știu cum să fac.

#### Evaluarea și interpretarea efectelor terapeutice

Pentru că își dorește și este pregătit să își arunce o privire asupra propriului comportament, îl vom întreba dacă își asumă responsabilitatea schimbării modului de viață.

Provocându-l să investigheze noile posibilități de schimbare va realiza și distorsiunile comportamentale care au generat eșecul. Scopul nostru a fost acela de a-l determina să vadă ce pași ar trebui să facă pentru a deveni o persoană de succes. Pentru acest lucru procesul terapeutic s-a bazat pe ipoteza că prin comportamentul său caută să-și satisfacă nevoile de bază: apartenență, putere, libertate și distracție. Nu i-am judecat comportamentul ci l-am provocat pe el să o facă.

În felul acesta l-am adus la o interpretare

realistă a comportamentului.

L-am adus la punctul în care a conștientizat că nimic din viața sa nu se poate schimba fără un angajament personal. A afirmat la un moment dat că dorește să fie altfel dar că nu știe cum să o facă. Această afirmație a oferit un subiect de discuție pe marginea planurilor specificate care ar putea determina schimbări constructive pentru el. Am început prin a analiza împreună câteva dintre lucrurile pe care el le poate modifica într-o manieră constructivă, câteva din lucrurile care i-ar plăcea să le schimbe precum și modalitățile prin care ar putea să facă aceste schimbări. Aceasta a inclus și imaginea mentală pe care și-a creat-o despre viața pe care i-ar plăcea să o ducă. Prin aceasta am sperat ca să-și reconsidere posibilitățile pe care le exclusese anterior. De exemplu, într-o discuție am aflat că și-ar fi dorit să se specializeze în electronică și chiar a admis că ar fi dotat pentru această muncă. I-am sugerat posibilitatea de a se înrola în programul de electronică al armatei. Dacă ar lua în serios această sugestie, ar fi un prim pas către o acțiune responsabilă. În felul acesta nu se va mai lamenta cu privire la ghinionul lui ci va face ceva care să-și schimbe soarta.

L-am ajutat să-și facă planuri imediate și realiste. Asemenea planuri au fost elaborate chiar pe parcursul ședințelor de terapie astfel încât la sfârșitul procesului terapeutic a fost capabil să-și analizeze programul de acțiune pe care l-am constituit. Aceste planuri au fost scrise în detaliu și realizate.

## Capitolul 6

# ANALIZA TRANZACȚIONALĂ DECODIFICAREA, DECONSPIRAREA ȘI INTERPRETAREA MESAJELOR ASCUNSE

Doru Buzducea

### CUPRINS

1. Vârstele unei teorii - viziuni și influențe .....	144
2. O posibilă paradigmă asupra personalității .....	144
2.1. Modelul stadiilor eului .....	144
2.2. Egogramele: analiza, funcționare, patologie .....	146
2.3. Comunicarea și scenariile de viață .....	149
2.4. Simbolistica, tranzații și jocuri psihologice .....	151
3. Analiza structurală - o provocare pentru Don Juan Psihograma exemplificativă .....	155
4. Modelul terapeutic .....	155
4.1. De la scopuri la strategii terapeutice .....	155
4.2. Perspective în desfășurarea procesului terapeutic .....	157
4.3. Metode și tehnici terapeutice .....	157
5. Un caz paradigmatic - abordare din perspectiva analizei tranzacționale .....	158
6. Un alt caz exemplificativ .....	163
• Ada - „aproape un doctor“ .....	163
7. Exemple clasice de jocuri psihologice — E. Berne .....	165
• „Te-am prins ticălosule“ .....	165
• „Femeia frigidă“ .....	166
• „Pata“ .....	167
• „Gâlceava“ .....	167



## 1. Vârstele unei teorii - viziuni și influențe

Analiza tranzațională se bazează pe concepția umanist-existențialistă asupra naturii umane. Este în același timp atât o teorie dinamică a personalității, cât și un sistem terapeutic direct, contractual și rapid. Obiectivul major este metamorfozarea și maturizarea personalității umane.

Teoria își are sorgintea în lucrările lui E. Berne (1950), fiind continuată și dezvoltată mai apoi de către Th. Haris (1969), J.M. Dusay & K.M. Dusay (1978). Integrând-o în sistemul mai larg al metodelor terapeutice, ramarcăm asemănări cu terapia rogersiană în ceea ce privește recunoașterea potențialului psihic latent, dar totodată și de diferența de rol direcțional ce-i revine terapeutului. De asemenea se evidențiază puncte comune cu analiza existențială, ambele punând accent pe calități personale ca: onestitate, integritate, autonomie și autenticitate.

Conceptia lui Eric Berne asupra personalității umane suferă dubla influență a psihanalizei freudiene și a ideilor lui Paul Federn despre stadiile eului, idei ce reprezintă o abordare fenomenologică asupra clientului și problemelor sale. Teoria personalității ce stă la baza analizei tranzaționale se aseamănă cu psihologia individuală a lui A. Adler care consideră că fiecare subiect își dezvoltă un stil anume de viață, unic în ceea ce privește seturile emoționale, cognitive și comportamental-acționale. Fiecare persoană este unică și responsabilă pentru propriul destin.

Consideră că deciziile noastre au la bază premise din trecut, premise care au constituit cândva un răspuns satisfăcător pentru nevoile noastre dar care nu mai sunt adecvate prezentului.

Analiza Tranzațională accentuează aspectele cognitive, raționale și comportamentale ale procesului terapeutic. Idealul acestei abordări îl reprezintă un stil de viață autonom caracterizat prin spontaneitate, conștiința de sine și adecvare circumstanțială. Este o incitare la rescrierea scenariului de viață printr-o atitudine activă și asertivă.

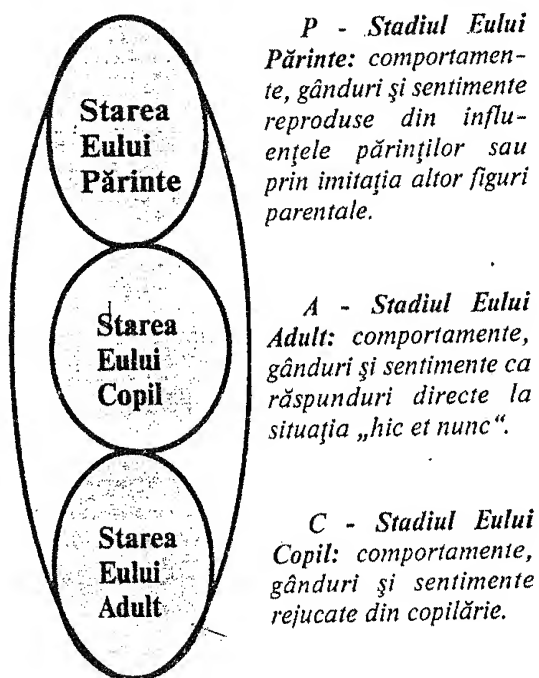
Conceptele și tehnicile dezvoltate pot fi adaptate terapiei individuale, de grup, maritale și familiale. De asemenea, poate fi aplicată la un număr variat de clienți și la o gamă extrem de cuprinzătoare de probleme.

## 2. O posibilă paradigmă asupra personalității

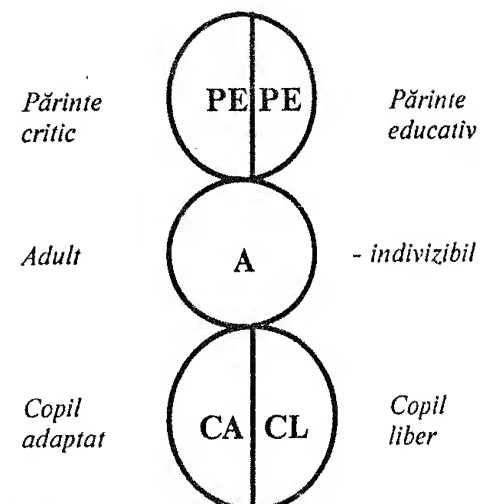
### 2.1 Modelul stadiilor eului

Analiza tranzațională propune modelul stadiilor eului, model ce consideră că în fiecare individ coexistă trei stadii de bază ale eului, stadii active, dinamice și observabile: stadiul de părinte, de adult și de copil. Fiecare stare există în mod real și „operează” atât la nivel individual cât și interpersonal, manifestându-se în maniera de a simți, gândi și acționa la un moment dat.

#### • Diagrama structurală a stadiilor eului



Stadiul de părinte se împarte în părinte critic și părinte educativ, iar stadiul de copil se subdivide în copil liber și copil adaptat.



#### • Analiza funcțională a stadiilor eului

În continuare vom descrie caracteristicile fiecărui stadiu și substadiu, pentru a le putea observa și recunoaște în viața de zi cu zi:

**Stadiul Eului Copil:** reprezintă o stare regresivă a eului, un psihic arhaic dominat de dorințe copilărești. Gândește, simte și se comportă conform patternurilor folosite în copilărie. Uneori este intuitiv, creativ și spontan, alteori rebel sau nonconformist, alteori dependent și conformist.

**Copilul liber:** este spontan, curios, jucăuș, distractiv și natural. Nu dă atenție regulilor sau limitelor impuse. Este liber, nerăbdător, artistic, impulsiv, neastâmpărat, fără control.

**Copilul adaptat:** este conformist, supus, adaptat. Poate fi un „robot” depresiv, lipsit de speranță și cu sentiment de vinovăție sau un pseudorebel care se supune la tot și la toate.

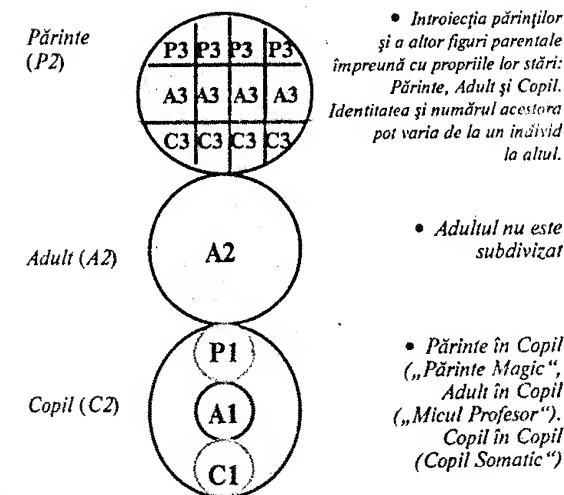
**Stadiul Eului Adult:** reprezintă răspunsul direct la situația „hic et nunc”. Este un arbitru în revendicările Eului Părinte și dorințele Eului Copil. Se descoperă că o instanță obiectivă, logică și realistă, fără implicații de natură emoțională. Calculează, prelucrează, pregătește și acționează obiectiv. Un „computer” puternic ancorat în realitate care primește, procesează și distribuie date despre sine și mediul exterior. Este factual, funcționează clar și precis, lipsit de toleranță, gândește rațional, lucid, fără patimă. Are un comportament adaptat.

**Stadiul Eului Părinte:** de regulă, este o identificare cu unul dintre părinții biologici. Gândește, simte și se comportă în maniera propriilor părinți sau a altor figuri parentale preluate în timpul copilăriei. Este un stadiu originat familial și socio-cultural, conținând norme, morală, atitudini și credințe moștenite.

**Părinte critic:** acea parte a personalității care critică, face reguli și ține la drepturile sale. Caută și găsește greșeli fiind asertiv, direct și limitat. Folosește un limbaj absolutist. Poate fi criticist la modul pozitiv urmărind protecția altor persoane dar, și criticist la modul negativ, devenind despot. Acesta va spune subalternului: „iarăși ai greșit”. Îi place să fie opresiv, omnipotent, temător, dogmatic. Răspunde prin „da” sau „nu”.

**Părinte educativ:** este afectuos, empatic, grijuliu și sufocant. Poate fi educativ în sens pozitiv oferind protecție sinceră și autentică sau în sens negativ acordând un ajutor devalorizant.

Pentru a evidenția conținutul fiecărei stări a Eului vom prelua următoarea diagramă structurală (Steward, I., Joines, V, 1987, p. 31):



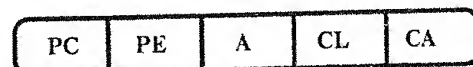
#### • Ordonarea secundară a modelului structural

În personalitatea fiecărui individ se întâlnește o sumă variabilă de mesaje preluate de la diferite figuri parentale. În diagrama citată, stadiul de părinte este format din mesaje transmise de la cele trei Stadii (P3, A3, C3) caracteristice unei anumite figuri parentale (de regulă mama sau tatăl). Aiodoma se întâmplă și cu stadiul de copil.

O scurtă și directă analiză comparativă arată că cele trei stadii descrise de analiza tranzacțională sunt entități vizibile, observabile, pe când instanțele propuse de psihanaliza (Id, Ego, Superego) sunt ipotetice și pot fi observabile ca și fenomen socio-comportamental.

## 2.2 Egogramele: analiză, funcționare, patologie

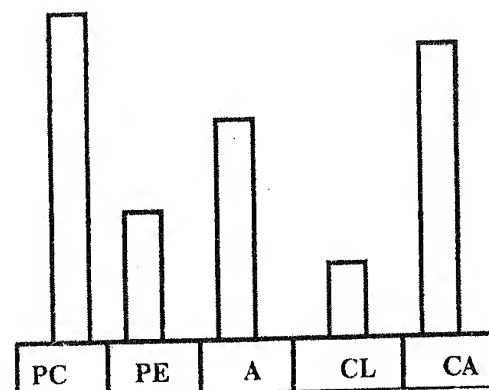
Egogramele sunt reprezentări grafice ale cantității de energie conținută în fiecare stadiu al eului. Acestea variază de la o persoană la alta în funcție de potențialul energetic și de distribuția acestuia între cele cinci „momente” ale eului.



Stadiile coexistă într-o manieră latentă și înțrețin un dialog dinamic și continuu în interiorul nostru, funcționând dependent unul de altul. Nu există egograme bune și nici egograme rele. De vreme ce fiecare individ are o egogramă energetică a personalității, schimbarea și orice modificare a acesteia poate fi reprezentată prin acest sistem grafic. O personalitate sănătoasă are nevoie de o dezvoltare armonioasă și distinctă a tuturor stadiilor eului. Atunci când apare o schimbare într-o anumită stare a eului aceasta va antrena modificări și în celelalte stări.

Jack Dusay consideră că atunci când o stare a eului crește în intensitate celelalte stări ale eului trebuie să scadă pentru a realiza compensația, schimbarea realizându-se în așa fel încât cantitatea de energie să rămână constantă. Schimbarea înseamnă deci, creșterea energetică a acelui stadiu pe care dorim să-l dezvoltăm și reducerea energetică a celorlalte stadii astfel încât să se realizeze compensația prin transfer de energie. Spre exemplu, o persoană depresivă va trebui să-și dezvolte stadiul de copil liber prin diminuarea (descreșterea energetică) a stadiului de copil adaptat. Ilustrăm prin următoarea egogramă (cf. Holdevici, I., 1999: 157):

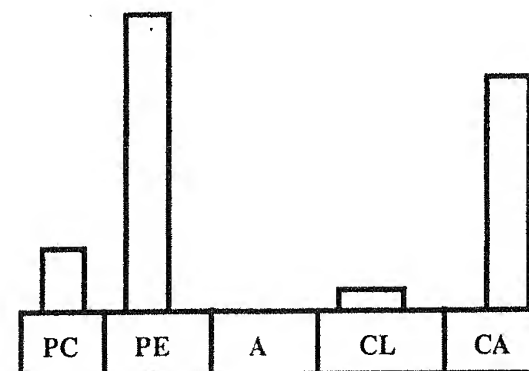
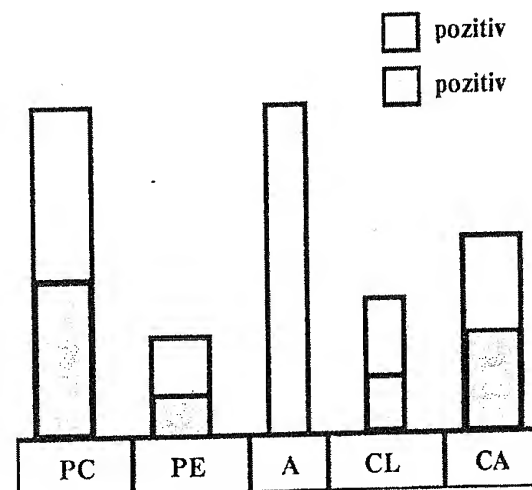
*Persoană hipercritică, supusă regulilor construite de alții, incapabil de activități spontane, egocentric și chiar cinic.*



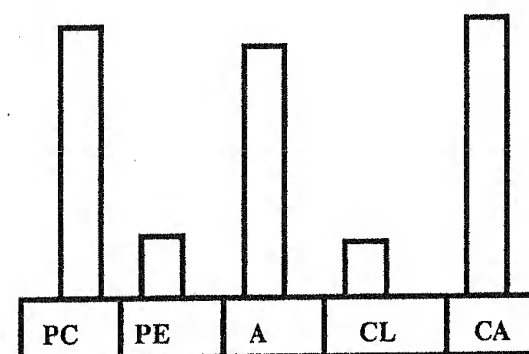
Aceste cinci forțe psihice sunt întâlnite în fiecare personalitate și în procente diferite. Astfel, un actor are nevoie de un copil liber mult mai dezvoltat decât alte persoane, iar un diplomat are nevoie de un Adult suprad dezvoltat. Personalitatea terapeutului trebuie să fie dominată de către Părintele educativ în sens pozitiv.

O egogramă poate rămâne așa cum s-a „fixat” dacă clientul nu ia decizia schimbării balanței energetice. În analiza acestora deosebit de importante sunt simbolurile, miturile și folclorul.

*Exemplu de egogramă completă (cf. Stewart, I. și Joines, V., 1987: 28):*



*Egograma unei persoane obeze: părinte educativ ridicat, copil adaptat suprad dezvoltat, părinte critic scăzut și copil liber foarte scăzut.*

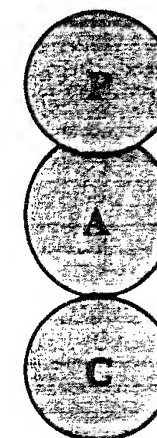


*Egograma unui singuratic: părinte critic, adult și copil adaptat foarte ridicat, părinte educativ și copil liber foarte scăzut.*

De asemenea, la nivelul unei egograme se pot întâlni și fenomene patologice atât din punct de vedere structural cât și funcțional.

### Patologia structurală

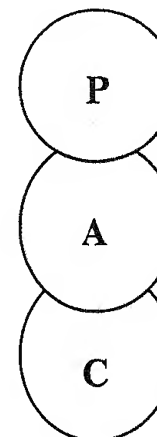
• **Contaminarea** reprezintă amestecul stadiilor ducând la psihoze, delir și alte tulburări psihice.



*Contaminarea Părintelui (părerile sunt luate ca și realitate. Exemplu: „Toți scoțienii sunt egoiști”)*

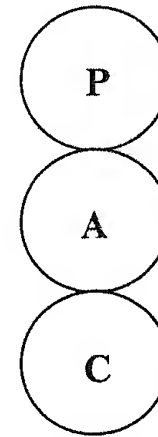


*Contaminarea Copilului (comportament halucinator delirant. Exemplu: „Oamenii încearcă să mă omoare cu raze cosmice”)*



*Contaminare dublă (Copilul și Părintele acoperă Adultul)*

*Exemplu: P: „Nu trebuie să te încrezi în oameni” (slogan parental). C: „Nu pot avea încredere în nimeni” (credință infantilă). Personalitate normală*

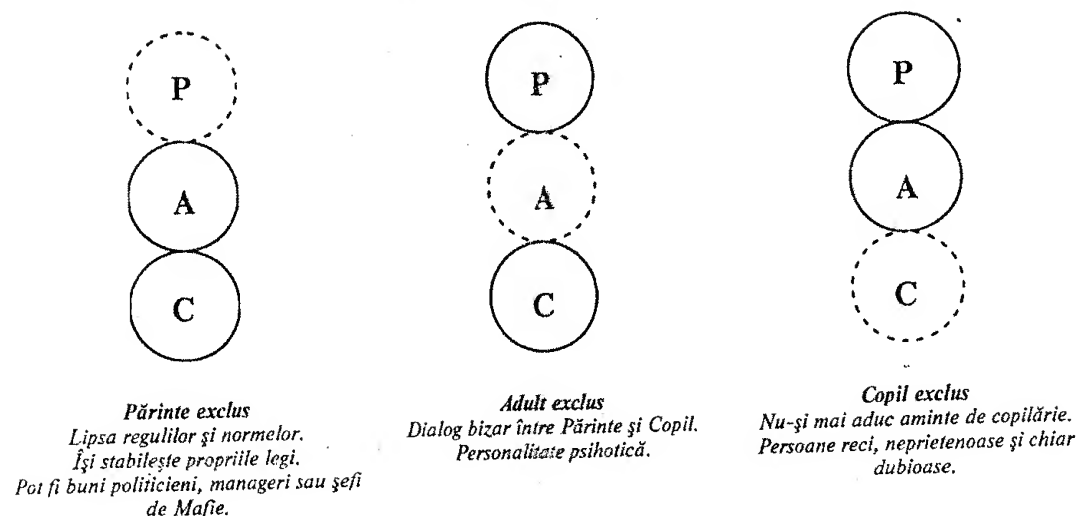


*Stadiile eului sunt distincte și separate.*

• **Incluziunea** apare atunci când o persoană este dominată de o singură stare a Eului. Se manifestă prin „osificarea” unui anumit stadiu.

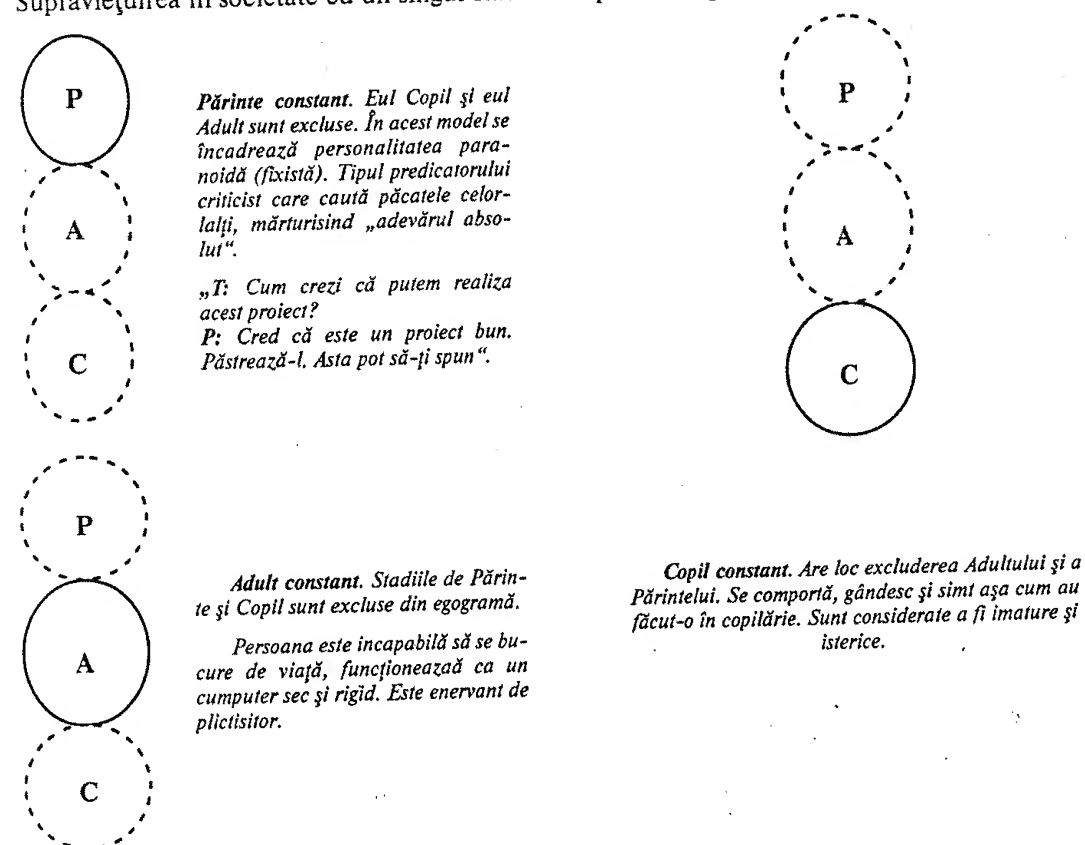
• **Excluziunea** se referă la deconectarea (excluderea) unui sau mai multor stadii ale Eului.

### Excluderea unui singur stadiu



### Excluderea mai multor stadii

Specificăm faptul că excluderea nu este permanentă, ci se manifestă în situații specifice. Supraviețuirea în societate cu un singur stadiu este practic imposibilă.



**Patologia funcțională** reprezintă oscilațiile comportamentale asociate cu treceri rapide de la o stare a Eului la alta. Este întâlnită la personalitățile instabile, ambivalente sau la persoanele labile afectiv.

### 2.3. Comunicarea și scenariile de viață

Comunicarea umană deschisă și onestă este rar întâlnită, atât din cauza unor dizarmonii sau tulburări lăuntrice, cât și datorită unor constrângeri sau determinări exterioare. Fiecare individ se încadrează într-un anumit scenariu existențial de pe poziția căruia comunică și se relaționează cu celelalte persoane. Aceste scenarii de viață iau naștere în copilăria timpurie în urma interacțiunilor cu părinții sau cu alte persoane, cristalizându-se de-a lungul existenței ca strategii de supraviețuire. Astfel Th. Harris (1967) distinge patru **scenarii existențiale** surprinse în manifestările comportamentale relaționale:

**Eu sunt O.K. - tu ești O.K.:** relevă o biografie (mentalitate) de câștigător. Nevoile fizice și emoționale ale copilului au fost rezolvate cu dragoste și acceptare. Atât eu cât și celelalte persoane suntem O.K.. Această convingere se observă din modul de relaționare. Este o poziție de viață bazată pe realitate și sănătoasă.

**Eu sunt O.K. - tu nu ești O.K.:** scenariu existențialist din care persoana se raportează la

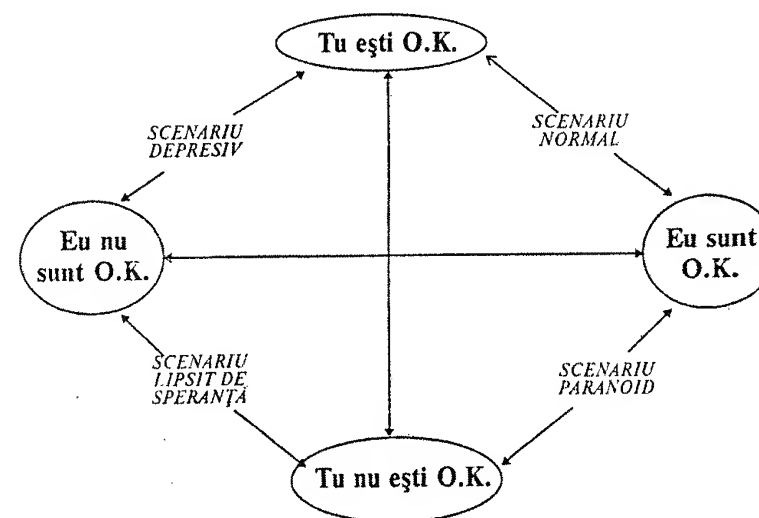
lume cu frustrație și mânie. Blamează și nu are încredere în alte persoane. Este o poziție „paranoică”. Individul aflat într-un astfel de parcurs existențial a fost tratat în timpul copilăriei cu indiferență și ironie, devenind insensibil și agresiv.

**Eu nu sunt O.K. - tu ești O.K.:** reprezintă un scenariu de viață „depresiv”. Persoanele ce experimentează această poziție sunt cuprinse de teamă, vinovăție, depresie și inadaptabile. Se consideră că unei astfel de persoane nu i s-au îndeplinit nevoile de bază în timpul copilăriei, inspirându-i-se un comportament defensiv și neputincios. Se poate ajunge la nevroză, autodistrugere sau suicid.

**Eu nu sunt O.K. - tu nu ești O.K.:** poziție de viață ce exprimă inutilitate și zadarnicie. Persoanele ce adoptă o astfel de poziție vor sfârși în ospiciu, închisoare sau chiar morga. În copilărie o astfel de persoană nu a avut parte de reacții pozitive din partea altor persoane ci numai de răspunsuri și reacții extrem de negative. A experimentat renunțarea forțată și lipsa de speranță. Acest scenariu este specific persoanelor psihotice.

Pozițiile de viață pot fi schimbate atât în timpul insight-ului terapeutic cât și sub acțiunea unor factori externi. Idealul terapiei este obținerea unui scenariu existențial normal.

### • Reprezentarea grafică a scenariilor existențiale





### • Seturile comportamentale și afișarea acestora

În analiza tranzacțională „fixările” comportamentale reprezintă motivația fundamentală pentru orice tip de interacțiuni socio-umane și sunt necesare pentru funcționarea normală a egogramei individuale.

Viitoarea personalitate este conturată de tipul și modul de obținere a acestor „întăriri” (fixări) comportamentale. În copilărie, acestea provin de la proprii părinți sau de la alte figuri parentale, cristalizându-se în timp prin acțiuni sociale. Atunci când recunoașterea nu este obținută, subiecții se vor angaja în diverse strategii și jocuri psihologice pentru a obține valorizarea. Recunoașterile pot fi pozitive (aprobare, susținere) sau negative (dezaprobare, critică). Întotdeauna recunoașterile pozitive pot fi mai bune decât lipsa acestora.

Specialiștii în analiza tranzacțională sunt de părere că fiecare dintre cele trei stadii ale eului are nevoie de întărire (fixare).

Astfel, o persoană cu un stadiu de părinte dominant are nevoie să fie „fixat” (motivată ca un bun ascultător, sfătuitor, protector. O altă persoană aflată în starea de Copil dominant are nevoie de o fixare a spontaneității, creativității și curiozității iar, un individ aflat în starea de Adult dominant cere o întărire a comportamentelor de gânditor și procesor (c.f. Gilliland, B.E., James, R.K., Bowman, J.T., 1989: 117).

### • Planul de viață și matricea biografică

Planul de viață se construiește de timpuriu ca cea mai bună strategie infantilă pentru supraviețuire într-o lume care, adesea, pare ostilă. Acesta se construiește pe baza testării realității și este alcătuit din: decizii, scenarii de viață, jocuri psihologice, roluri dramatice, mituri, interdicții parentale, limbajul trupului, etc. Este originat în copilărie, întărit de către figurile parentale, justificat prin evenimentele ulterioare și culminând cu o alternativă de schimbare.

Are început, desfășurare și deznodământ. De asemenea cuprinde și diferiți protagoniști: eroi și eroine, călăi și victime, persecutori și salvatori. Poate fi comic, tragic, fascinant, plictisitor, banal sau glorios.

Nu de puține ori, aceste planuri de viață pot fi ratate, schimbate sau îmbunătățite.

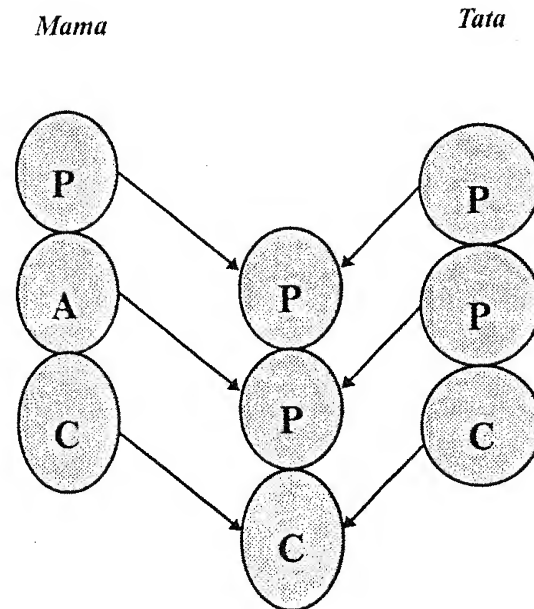
Potrivit acestei viziuni, viața este văzută ca fiind rezultatul interacțiunii dintre ereditate, evenimente exterioare, plan de viață și decizii independente.

Mesajele biografice sunt transmise verbal sau nonverbal, sub formă imperativă (ex. Grăbește-te!) sau sub formă afirmativă (ex. Ești prost!). Poate conține evenimente traumatice repetate, elemente specifice din mituri, drame teatrale cu elemente de suspans, surpriză, triumf, bucurie, supărare, etc.

Matricea biografică reprezintă o diagramă în care transmiterea mesajelor biografice este analizată în termenii stadiilor eului.

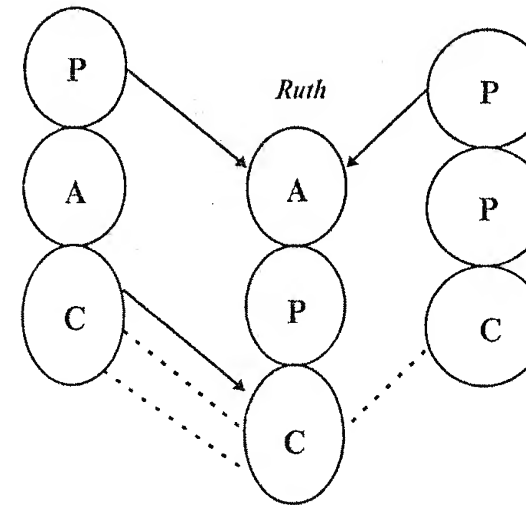
Figurile parentale (de obicei părinții) transmit mesaje către fiu/fică din toate cele trei stări ale eului. Fiecare individ are o matrice biografică specifică, aceasta relevându-se în modalitățile de structurare a timpului, în tranzații, jocuri psihologice, etc.

J. M. Dusay (în Corey, G., 1991, p. 160) redă matricea biografică a clienței tratate deja de noi în cadrul modelului paradigmatic de orientare existențialistă:



Tata

Mama



Formele tranzațiilor determină stoparea, continuarea sau alterarea comunicării. Acestea pot fi pozitive: de încredere, afecțiune, valorizare, apreciere sau negative: de dominare, umilire, ridiculizare și se pot desfășura fie la nivel social (deschis) - reprezentate grafic prin linii continue - fie la nivel psihologic (latent) - reprezentat grafic prin linii discontinue.

O tipologie a tranzațiilor ar putea fi elaborată astfel:

**Tranzații complementare:** au loc atunci când vectorii tranzaționali sunt paraleli. Răspunsul (reacția) vine de la același stadiu al eului căruia i-a fost adresat stimulul și se întoarce spre același stadiu al eului care a trimis stimulul respectiv. Stările eului antrenate în dialog sunt situate la același nivel, sau la nivele diferite. Dacă tranzația rămâne complementară atunci comunicarea poate continua timp nelimitat.

### Tranzație complementară Adult-Adult

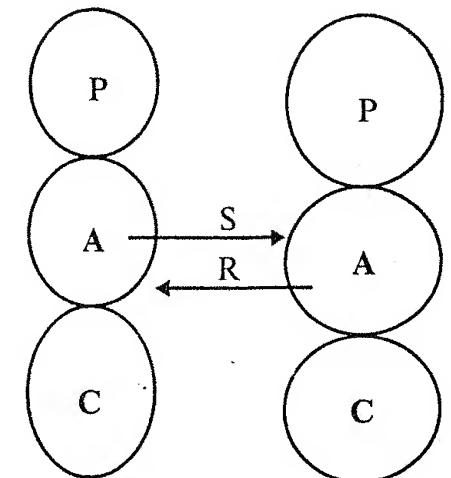
Eduard (Eul Adult): „Cât costă ceasul?”

Ilinca (Eul Adult): „Zece mii de lei.”

Se poate observa introiecția (în stadiul Eului Părinte) valorilor și normelor morale transmise de către mamă și tată. În același timp asupra Eului Copil se năpustesc mii de interdicții transmise în mod direct (reprezentat prin linii îngroșate) sau în mod indirect (reprezentat prin linii întrerupte). Astfel, pe parcursul existențial pe care s-a angajat, tatăl va fi prototipul tuturor bărbatilor, mama întărindu-i această idee, sugerându-i să facă voia tatălui. Mai târziu, în viață, realitatea fiind cu totul alta, cliența se va angaja în diferite jocuri psihologice în timpul comunicării cu alte persoane.

### 2.4 Simbolică, tranzații și jocuri psihologice

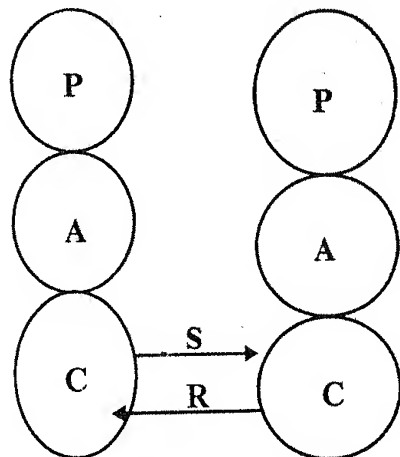
• **Tranzațiile** reprezintă „unități” de comunicare interpersonală bazate pe legătura stimul-răspuns (S-R) dintre două stări ale eului aparținând la două persoane diferite. Sunt interacțiuni sociale pe baza cărora se realizează procesul de comunicare. Astfel, o conversație implică o serie de tranzații. De exemplu, dacă doi oameni comunică între ei, în fapt tranzaționează șase stări ale eului (3 și 3).



**Tranzacție complementară Copil-Copil**

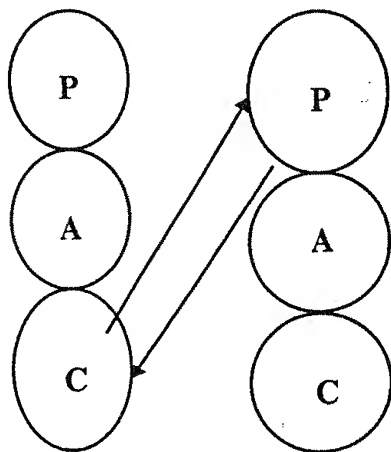
Eduard (Eul Copil): „Sunt obosit. Ai fi o drăguță dacă mi-ai da un pahar cu apă.”

Ilinca (Eul Copil): „Răsfățatule!”...

**Tranzacție complementară Copil-Părinte**

Eduard (Eul Copil): „Nu-mi găsesc cravata.”

Ilinca (Eul Părinte): „Te voi ajuta s-o cauți. Nu fi supărat.”



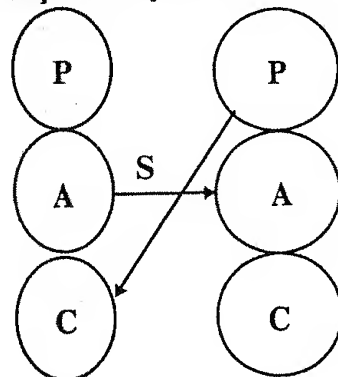
**Tranzacțiile încrucișate:** sunt tranzacțiile în care vectorii tranzaționali nu sunt paraleli. Răspunsul (reacția) nu mai revine de la aceeași stare a eului care a primit stimulul, ci de la altă stare și este destinat unei anumite stări a eului, alta decât cea care a trimis stimulul. În acest caz comunicarea este întreruptă.

**Tranzacție încrucișată Adult-Adult, Părinte-Copil.**

Eduard: „Cât este ceasul?”

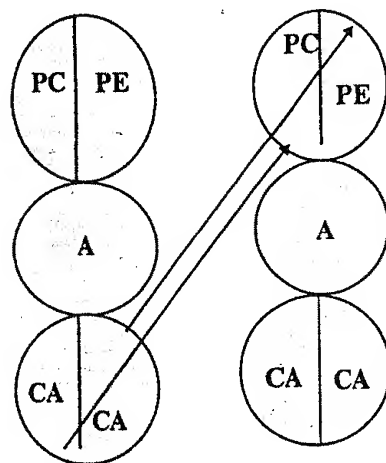
Ilinca: „Uită-te la ceasul tău, uitucule!”

**Tranzacție încrucișată bazată pe modelul**

**funcțional**

Eduard (prăbușit în fotoliu): „Oh! sunt obosit! Ai vrea să-mi dai un pahar cu apă?”

Ilinca (cu voce stridentă, privire încruntată, capul aplecat în față): „Ești nebun! Crezi că am timp de asta?”



**Tranzacții ulterioare:** se desfășoară pe două planuri simultane. Pe unul explicit, manifest, conștient și pe altul psihologic, ascuns, subînțeles, implicit, secundar. Acest tip de tranzacții implică mai multe stadii ale eului. Mesajele psihologice țintesc alte stări ale eului comparativ cu cele sociale. Sunt comunicate nonverbal, prin expresivitatea mimică, postură, dilatarea pupilelor, gesturi și pot genera jocuri psihologice. De regulă conținutul nivelului social este format din mesaje Adult - Adult, iar conținutul nivelului psihologic este format din mesaje realizate între stadiile Părinte-Copil sau Copil-Părinte.

În majoritatea situațiilor acest tip de tranzacții se desfășoară mai mult la nivel psihologic decât social.

**Modalități de structurare a timpului - strategii de supraviețuire**

În spectrul larg al simbolisticii comunicării umane se înscriu și modalitățile de structurare a timpului care, în sens metaforic, pot fi considerate a fi strategii de supraviețuire. Eric Berne a elaborat următoarea tipologie de șase modele distincte de structurare a timpului:

**Retragerea:** reprezintă „o mutație mentală” din sfera relațiilor socio-umane. Aceasta se poate realiza prin diferite mijloace: fantasme, meditații, reverii, etc. Astfel, din punct de vedere biologic putem face parte dintr-un anumit grup social localizat spațio-temporal dar, din punct de vedere mental să retrăim o experiență de viață trecută sau să ne imaginăm o experiență viitoare. Durata retragerii este de o importanță deosebită. Dacă o persoană consumă prea mult timp într-o astfel de retragere, atunci poate deveni singuratică sau chiar depresivă. Când această stare se prelungește peste o anumită limită stabilită în extremis se ajunge la autism.

**Ritualurile:** reprezintă forme de comunicare programate cultural. Acestea diferă de la o regiune la alta, de la un model cultural la altul (model japonez, indian, chinez, european, etc.), de la o familie la alta. Pot fi simple (un anumit fel de a spune „bună dimineața”) sau complexe (ritualurile religioase). De asemenea pot fi de scurtă sau lungă durată. Se învață în familia de origine și sunt folosite pe tot parcursul vieții,

agenda acestora putând fi îmbogățită sau restrânsă în funcție de contextul social. Din punct de vedere structural aparțin Eului Părinte care le direcționează către Eul Copil. Acesta ascultă și execută. Funcțional, ritualurile sunt îndeplinite de către Copilul Adaptat.

**Discuțiile tematice:** sunt modalități nesemnificative de petrecere a timpului într-un anumit grup în care se schimbă anumite opinii, idei, păreri despre diverse subiecte. Aceste discuții se pot axa pe: starea vremii, sport, inflație, droguri, politică. De exemplu, în familiile tradiționale, femeile care-și asumau rolul de gospodine purtau discuții interminabile pe teme de bucătărie, iar bărbații purtau discuții entuziaste în jurul subiectelor politice. Structural, sunt conduse și direcționate de către Eul Părinte sau Eul Copil.

**Activitățile:** presupun o investire a timpului în realizarea unor obiective bine precizate. Acestea se realizează prin consumarea de efort fizic și intelectual. Exemple: munca în uzine, cântatul la un instrument, practicarea unui sport, călătoriile, etc. Sunt coordonate de către stadiul Eu-lui Adult.

**Jocurile (distracțiile):** se realizează în timpul comunicării desfășurate pe cele două nivele, social și psihologic și, nu sunt altceva decât reactivări ale strategiilor folosite în timpul copilăriei. Acestea nu pot fi jucate de către Adult ci numai de către Eul Copil Adaptat negativ, Părintele Criticist negativ sau Părintele Educativ negativ. Acestea sunt determinate de scenariul existențial pe care este poziționată persoana, planul biografic și relațiile interumane. Fiecare individ are un repertoriu propriu de astfel de jocuri, selectate circumstanțial și vizibile în timpul comunicării. Jocurile nu rezolvă niciodată problemele, uneori chiar le generează.

**Intimitatea:** este cea mai plăcută modalitate de structurare a timpului, deoarece implică exprimarea sinceră și autentică a sentimentelor și dorințelor, a experiențelor și gândurilor. Lipsă cenzura deoarece în acest caz comunicarea se bazează pe încredere reciprocă. Nu există mesaje secrete, iar cele două niveluri ale comunicării sunt congruente, aceasta fiind și diferența majoră dintre intimitate și jocurile psihologice.

În cadrul intimității fiecare partener își asumă propria responsabilitate deoarece aceasta nu este predictibilă, pre-programată, ci este o relație sinceră Copil-Copil fără jocuri sau exploatare mutuală. Intimitatea este protejată de către Eul Părinte și se realizează de către stările Eului Adult ale subiecților implicați în tranzație.

#### • Jocurile psihologice și analiza lor

Un joc psihologic ia naștere atunci când cele două nivele ale comunicării (social și psihologic) sunt activate în același timp. Astfel iau naștere o serie de tranzații ulterioare și superficiale, plauzibile și aparent nemotivate. Sunt trucuri, mecanisme defensive, strategii demodate care confirmă scenariul de viață în care ființează individul respectiv.

Fiecare subiect are la dispoziție un repertoriu de jocuri la care apelează circumstanțial în funcție de rolurile care i se oferă pe scena vieții. Dialogul se realizează în realitate la nivel social dar „în spate” (la nivel psihologic) se ascunde un mesaj secret.

Jocurile psihologice se joacă între doi sau mai mulți parteneri. De regulă, selecția jocurilor se face în funcție de experiențele de comunicare din copilăria timpurie, când s-a apelat la diferite strategii pentru a obține recunoașterea și valorizarea.

În continuare, vom ilustra cele afirmate mai sus printr-un joc psihologic analizat de John și Katherine Dusay (apud R.J. Corsini, 1978, p. 374-428).

*La nivel social (deschis) dialogul se desfășoară astfel:*

*Șeful (Eul Adult): „Cât este ceasul?”*

*Secretara (Eul Adult): „Este trei”.*

*La nivel psihologic (latent) se desfășoară adevărata comunicare:*

*Șeful: „Tot timpul întârzi”.*

*Secretara: „Mă critici mereu”.*

Ambii sunt conștienți de mesajul ascuns și în consecință fiecare va reacționa în mod negativ. Șeful care deține puterea este supărat, simțindu-se jignit, iar secretara se simte atacată și joacă jocul „lovește-mă”. Astfel, șeful se alege cu o reacție furioasă și posibil agresivă, iar secretara cu o reacție depresivă.

Caracteristicile specifice jocurilor psihologice sunt următoarele (cf. Stewart, J. și Joines, V, 1987, p. 233):

Repetitivitatea: o dată jucate, au tendința să se repete circumstanțial. Selecția lor depinde de context, iar patternul (structura) jocului rămâne aceeași indiferent de partener sau de circumstanță.

- Se joacă fără înștiințarea Eu-lui Adult: tocmai datorită repetitivității jocurilor, persoanele ajung să nu mai fie conștiente de ceea ce fac.

- Se termină cu experimentarea sentimentului de neîmplinire.

- Determină o schimbare a tranzațiilor ulterioare dintre parteneri: adevărata comunicare fiind dată de mesajul secret transmis la nivel psihologic.

- Conțin un element de surpriză sau de confuzie: senzația că se întâmplă ceva neașteptat.

Eric Berne în „Games people play” (1964) prezintă șase tipuri de avantaje ale jocurilor psihologice:

Avantaje psihologice interne: se referă la menținerea și consolidarea setului de convingeri personale.

Avantaje psihologice externe: evitarea situațiilor neplăcute (anxiogene).

Avantaje sociale interne: oferă o pseudosocializare.

Avantaje sociale externe: oferă teme de discuții într-un anumit grup.

Avantaje biologice: realizarea „întăririlor” comportamentale.

Avantaje existențiale: confirmă poziția (scenariul) de viață.

Specialiștii în analiza tranzațională consideră că indivizii joacă întotdeauna unul din următoarele trei roluri biografice:

*Rolul de persecutor:* consideră că celelalte persoane nu sunt O.K. și ca urmare le devalorizează, le desconsideră. „Sunt mai bun decât tine; îmi ești inferior”.

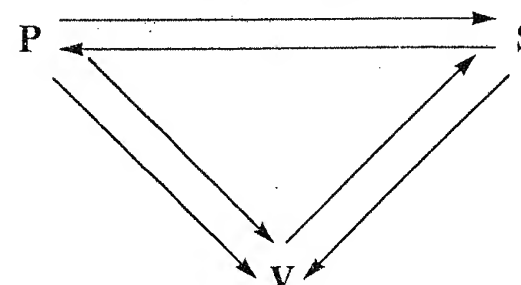
*Rolul de salvator:* crede că ceilalți nu sunt O.K., drept pentru care le oferă sprijin. „Știu mai multe decât tine; îmi ești inferior”.

*Rolul de victimă:* se consideră a nu fi O.K. și ca urmare se simte înfrânt. „Sunt fără ajutor”.

În timpul vieții, victima va căuta tot timpul un persecutor care să o învingă și căruia să-i slujească. În același timp va căuta și un salvator care să o ajute și să-i confirme neputința.

Aceste roluri sunt strategii de a „smulge” valorizarea din partea celorlalți.

#### Drama triunghiulară a rolurilor jucate (Karpman, 1968)



Pentru realizarea unei comunicări autentice, toate aceste jocuri psihologice (Berne identifică aproximativ 36 de jocuri) trebuie decodificate și interpretate.

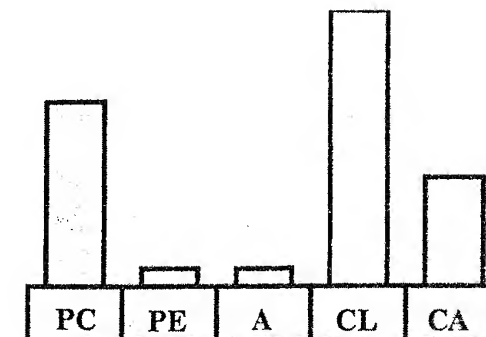
### 3. Analiza structurală — o provocare pentru Don Juan

#### Psihograma exemplificativă

Analiza structurală reprezintă efortul de autoanaliză a personalității prin prisma modelului stadiilor eului, a dinamicii egogramei personale și a tranzațiilor folosite în timpul comunicării.

Înainte de a începe procesul terapeutic fundamentat pe viziunea analizei tranzaționale, clientul va fi invitat de către terapeut la propria analiză structurală, modalitate prin care va învăța să identifice și să diferențieze diferitele stadii ale eului (modelul sau de personalitate) și să examineze în detaliu toate posibilitățile existente (patologie structurală sau funcțională, jocuri psihologice, modalitățile specifice de structurare a timpului), toate manifestările comportamentale acționale, atitudinile și scenariul existențial pe care-l parcurge. În felul acesta, clientul se pregătește pentru a începe investigarea și metamorfozarea propriei personalități.

Pentru exemplificare, ne propunem să-l provocăm pe Don Juan la o analiză sinceră a propriei personalități. Portretul grafic, ce relevă profilul psihologic al clientului nostru este următorul:



• un mare Copil Liber interesat în sexualitate și distracție, aceste interese reprezentând sensul existenței sale.

• un Părinte Critic dezvoltat, știind cum să se introducă femeilor (mândrie și seducție);

• un Copil Adaptat exprimat în plan afectiv prin lipsa culpabilității și prin faptul că nu face compromisuri de natură sentimentală;

• un Părinte Educativ și un Adult subdezvoltat, lipsindu-i capacitatea de testare a realității și de a se supune la norme morală și valori.

După această autoanaliză, Don Juan va putea începe terapia propriu-zisă.

### 4. Modelul terapeutic

#### 4.1. De la scopuri la strategii terapeutice

Acest model terapeutic se bazează pe un sistem teoretic format în principal din modelul stadiilor eului și din planul (biografia) de viață. Este orientat mai puțin pe insight - acesta fiind scopul analizei structurale - și mai mult către modificarea planului de viață în sensul stabilirii identității și autonomiei acestuia. Este o metodă contractuală materializată în relația dintre terapeut-client printr-o formă scrisă, la baza căruia stă presupunția conform căreia toți oamenii sunt O.K. Comunicarea este deschisă, „se vorbește aceeași limbă”, se folosesc cuvinte simple, se pune accent pe tonul vocii, pe vocabularul folosit, pe gesturi și atitudini.

Metoda se folosește atât în grup cât și individual, putând fi folosită însa și ca procedeu terapeutic.



Principalele scopuri sunt:

- Evaluarea și schimbarea scenariilor de viață prin dezvoltarea și implementarea unor decizii personale. Practic se rescrie scenariul de viață. De obicei se folosește tehnica regresiei de vârstă.
- Realizarea unor tranzacții autentice prin conștientizarea, înțelegerea și interpretarea jocurilor psihologice. Se examinează seturile comportamentale, afective și cognitive (tehnica jocurilor de rol).
- Identificarea stadiilor eului și recunoașterea influențelor acestora în timpul interacțiunilor sociale (tranzacțiilor). Înțelegerea modului cum interacționează stadiile și formele de manifestare ale fiecărui stadiu, obținându-se astfel autonomia personală și poziționarea pe un scenariu de învingător.
- Echilibrarea egogramelor prin transfer energetic între stadiile eului (de la cele puternic dezvoltate la cele slab dezvoltate). Totdeauna dinamica energetică trebuie controlată și dirijată în mod conștient.

Orientarea clasică a analizei tranzacționale (E. Berne) consideră că: „principalul scop al analizei tranzacționale este câștigarea controlului social dobândind Stadiul de Adult care păstrează controlul executiv în toate situațiile sociale” (Morse, S.J., Watson, R.J., 1977: 175). Celelalte două stadii vor intra în interacțiune cu Adultul dar, acesta va rămâne responsabil pentru controlul dinamicii energetice. Terapeutul trebuie să creeze în Adultul din client și să-l țină la curent cu progresul terapeutic pe care-l înregistrează și cu direcția spre care se îndreaptă.

O altă direcție terapeutică din cadrul analizei tranzacționale (B. Goulding), ce combină analiza tranzacțională cu tehnicile gestalt terapiei, consideră că principalul scop este realizarea procesului reddecizional prin care se experimentează (tehnica jocului de rol) deciziile de viață luate în copilăria timpurie. În cazul aceluiași curent există și o abordare (Schiffs) ce consideră că adevăratul scop terapeutic este „corectarea” mesajelor elaborate de către stadiul Eului Părinte (interdicții).

În ceea ce privește strategiile terapeutice, Woollams și Brown (în Gilliland, B.E., James, R.K., Bowman, J.T., 1979: 228-233) consideră că procesul terapeutic se poate axa pe șapte posibilități strategice:

- **Strategii pentru dezvoltarea motivației clientului și a conștientizării acesteia.** Se urmărește conștientizarea scenariului existențial, a jocurilor psihologice și a seturilor comportamentale, a interdicțiilor și rolurilor jucate. Insight-ul asupra comportamentului verbal și nonverbal, asupra tranzacțiilor dezvoltate în timpul comunicării și a disconfortului cauzat dezvoltă motivația necesară schimbării.
- **Strategii pentru stabilirea contractului terapeutic.** Acesta se stabilește prin confruntarea stadiilor Eului Adult (client) - Adult (terapeut) urmărind poziționarea clientului în scenariul existențial „Eu sunt O.K. - Tu ești O.K.”. Pe parcursul terapiei se realizează mai multe contracte între cei doi parteneri, de preferat în cuvinte simple pentru a putea fi înțelese și de către stadiul Eului Copil din client (emoții, credințe, gânduri, acțiuni).
- **Strategii pentru „deconfuzia Eului Copil”.** În felul acesta, clientul va fi ajutat să conștientizeze și să exprime nevoile și emoțiile neîmplinite. Să utilizeze diferite tehnici și metode (exemplu: regresia de vârstă) pentru a învăța procesul responsabilizării procesului decizional. Se folosesc întrebări de genul: „Care crezi că sunt deciziile timpurii care au cauzat problemele prezente?”, „Ce faci acum pentru a lua o nouă decizie?” etc.
- **Strategii pentru reddecizie.** Acestea apar treptat pe parcursul ședintelor terapeutice ținând deciziile timpurii care au generat suferință și nefericire. Se clarifică interdicțiile, distribuția energetică între stadii, acțiuni, etc.
- **Strategii pentru reînvățare.** Implementarea noilor decizii este un proces continuu de dezvoltare a deprinderilor asertive. Clientul învață conceptele analizei tranzacționale, semnificația scenariilor, modul de funcționare al jocurilor psihologice, tehnici specifice de aplicare a reanvătării în viața de zi cu zi.
- **Strategii pentru încheiere.** Se evaluează eficiența rezultatelor procesului terapeutic

comparativ cu îndeplinirea sau neîndeplinirea scopurilor stabilite în contractul inițial. Evaluarea determină continuarea, redirecționarea sau încheierea terapiei. În general, ședintele terapeutice se încheie în momentul în care clientul a îndeplinit scopurile și obiectivele prevăzute în contractul terapeutic.

#### 4.2 Perspective în desfășurarea procesului terapeutic

Plecând de la faptul ca relația terapeutică implică perteneriat între cei doi protagoniști, se impune să specificăm atât perspectiva terapeutului cât și perspectiva clientului asupra procesului terapeutic, ambele viziuni având expectații și responsabilități specifice.

##### Perspectiva terapeutului

Responsabilitățile terapeutului sunt specificate în contractul inițial:

- să conducă și să dirijeze procesul terapeutic pentru a realiza scopurile stabilite de către client;
- să evite jucarea rolurilor de victimă, salvator sau persecutor, roluri cerute de la terapeut de către client;
- să participe activ, alături de client la analiza structurală, analiza tranzacțională, analiza jocurilor și la analiza scenariilor de viață. Trebuie să acorde un timp suficient pentru fiecare dintre aceste patru tipuri de analiză;
- să ajute clientul la învățarea limbajului și a conceptelor analizei tranzacționale pentru a le putea utiliza în evaluarea propriului comportament;
- să-l țină pe client la curent cu direcția și rezultatele terapiei;
- să asiste clienții la definirea contractului cu ei înșiși, terapeutul fiind martor sau facilitator.

##### Perspectiva clientului

Se regăsește în următoarele responsabilități:

- să stabilească ceea ce vor să schimbe, prin contract, ca partener egal cu terapeutul;
- să identifice potențele interioare care ar putea fi antrenate în obținerea schimbării;

• să-și asume responsabilitatea pentru propriile decizii și acțiuni;

• să contribuie la stabilirea unei relații terapeutice de siguranță și încredere;

• să-l considere pe terapeut ca aliat al schimbării și nu ca pe un magician;

• să fie pregătit să-și asume riscul legat de îndeplinirea anumitor sarcini recomandate de către terapeut (exemplu: dezvoltarea anumitor comportamente incongruente cu scenariul lor de viață dar stabilite în contractul terapeutic).

#### 4.3 Metode și tehnici terapeutice

Fiecare tehnică este aleasă în funcție de egograma individului și de scopul stabilit în contractul terapeutic. Cele mai întâlnite tehnici terapeutice sunt:

**Analiza regresiei de vârstă:** pentru înțelegerea Eului Copil din structura personalității clientului. Se experimentează fenomenologia sentimentelor acestui stadiu, copilul însuși vorbește și experimentează. Terapeutul va lua rolul copilului, interacționând cu clientul de pe această poziție. Terapeutul și clientul învață despre situațiile de viață din copilăria timpurie care afectează viitoarea personalitate.

**Analiza scrisă:** poate fi folosită pentru identificarea și analizarea tranzacțiilor, a influențelor familiale, parentale și culturale. Se stabilește un plan de viață în scopul determinării destinului.

**Analiza jocurilor:** se decodifică mesajele implicite (ascunse) din cadrul relaționărilor stabilite cu alte persoane. Jocurile psihologice transmit o agendă ascunsă a „confruntărilor subterane”.

**Jocurile întrerupte prin psihodramă:** se joacă roluri imaginare dar care au tangență cu experiențele de viață individuală.

**Tehnica schimbării egogramei personale:** se urmărește realizarea unui echilibru energetic prin intermediul compensației.

**Realizarea de tranzacții autentice:** posibilă mai ales prin intermediul jocului.

**Opoziția unui stadiu al eului:** prin care se realizează dezvoltarea și „osificarea” unui stadiu deficitar din punct de vedere energetic, neglijat

sau subdezvoltat. Transformările cognitive și comportamentale sunt obținute prin accentuarea metamorfozărilor din sfera afectivă a personalității.

### **5. Un caz paradigmatic - abordare din perspectiva analizei tranzacționale**

Pentru a releva valențele metaforice ale procesului terapeutic bazat pe analiza tranzacțională precum și legătura acesteia cu analiza existențială ne vom folosi de același caz pe care l-am tratat inițial prin prisma modelului terapeutic existențialist adoptat de P.G. Corey, 1991 c.v. subcapitolul 5, capitolul IV).

Considerând cunoscute problemele clienței noastre, vom purcede direct la procesul terapeutic, din care vom reda o secvență de dialog:

Pentru a surprinde prescripțiile parentale care au avut o influență timpurie asupra clienței, vom elabora un scenariu bazat pe dialog interogativ din care să rezulte biografia sa de viață. Pe baza analizei acestui interviu terapeutic vom construi apoi contractul terapeutic al cărui scop este direcționarea și structurarea procesului terapeutic.

**«Terapeutul: Ce crezi tu despre tine însăși?»**

**Clienta:** Că sunt o persoană care și-a irosit viața slujind altora.

**Terapeutul:** Care sunt cele mai importante lucruri pe care ți-ai dori să le schimbi?

**Clienta:** Să primesc mai multă afectivitate; să fiu capabilă să mă distrez și să pot face tot ceea ce-mi doresc fără sentimente de culpabilitate.

**Terapeutul:** Ce te-a oprit să faci schimbări?

**Clienta:** În primul rând simțul datoriei față de persoanele din viața mea și apoi teama de consecințe dacă nu-mi duc la îndeplinire îndatoririle.

**Terapeutul:** Deci trăiești conform expectațiilor celorlalți?

**Clienta:** Da, întotdeauna. Nu am o idee clară despre ceea ce-mi doresc să fac pentru mine.

**Terapeutul:** Cum o vezi pe mama ta?

**Clienta:** Ca pe un martir care și-a sacrificat viața pentru alții.

**Terapeutul:** Prin ce crezi că te deosebești de mama ta?

**Clienta:** Nu sunt satisfăcută de starea mea actuală și vreau să o schimb.

**Terapeutul:** Când mama ta voia să te complimenteze, ce-ți spunea?

**Clienta:** Că sunt o fată bună.

**Terapeutul:** Dar atunci când te critică?

**Clienta:** Că sunt egoistă și că nu mă străduiesc destul.

**Terapeutul:** Care a fost cel mai important sfat dat de mama ta?

**Clienta:** Să trăiesc conform Bibliei și să fiu modestă.

**Terapeutul:** Ce ai fi putut face ca să o faci să fie mândră de tine?

**Clienta:** Să fac totul așa cum se aștepta, dar nici atunci nu era mulțumită.

**Terapeutul:** Cum ai fi putut să o dezamăgești? (Se referă la familia clienței)

**Clienta:** Să arunc rușinea asupra familiei; să nu respect imaginea după care se aștepta să-mi ghidez viața.

**Terapeutul:** Cum a fost tatăl tău?

**Clienta:** Era un om dur, autoritar, muncitor, gata oricând să critice.

**Terapeutul:** Exista vreo asemănare între tine și el?

**Clienta:** Suntem amândoi foarte preocupați de părerea oamenilor.

**Terapeutul:** Dar deosebiri?

**Clienta:** Eu îmi doresc să mă pot distra, dar el crede că a te simți bine este un păcat.

**Terapeutul:** Ce complimente ți-a făcut tatăl tău?

**Clienta:** Complimentele lui au fost atât de rare încât nu-mi amintesc ce-mi spunea.

**Terapeutul:** Ce îți spunea când te critica?

**Clienta:** Că nu mă străduiesc destul atunci când nu-mi reușește ceva.

**Terapeutul:** Care a fost cel mai important sfat pe care ți l-a dat?

**Clienta:** Dacă vreau să cunosc adevărata fericire, să fac ceea ce trebuie.

**Terapeutul:** Cum l-ai fi putut dezamăgi?

**Clienta:** Renunțând la religia mea.

**Terapeutul:** Care au fost cele mai importante lucruri pe care a trebuit să le înveți și să le accepți?

**Clienta:** Să urmez preceptele biblice, să-l respect pe Dumnezeu, să fac totul pentru ceilalți fără a aștepta ceva în schimb, să sufăr în tăcere și să accept păcatele mele, să trăiesc într-o manieră decentă și morală și să fiu cinstită.

**Terapeutul:** Ai putea să-mi spui câteva dintre cele mai importante interdicții care ți-au fost insuflăte?

**Clienta:** Da! Spre exemplu: nu fi închisă. Nu fi copilăroasă. Nu fi frivolă. Nu fi sexy. Nu te mânia. Nu fi egoistă.

**Terapeutul:** Care a fost cea mai importantă decizie pe care ai luat-o când ai fost copil?

**Clienta:** Să mă străduiesc să fiu perfectă pentru ca într-o bună zi să fiu iubită și acceptată.

**Terapeutul:** Care este decizia timpurie pe care simți că ai schimbat-o?

**Clienta:** Este ceea ce mi-am dorit foarte mult: să primesc educație.

**Terapeutul:** Care este noua decizie pe care vrei să o iei?

**Clienta:** Să mă port față de mine așa cum mă port față de ceilalți.

**Terapeutul:** Ce-ți place cel mai mult la tine?

**Clienta:** Hotărârea mea. Pur și simplu nu voi renunța.

**Terapeutul:** Ce nu-ți place la tine?

**Clienta:** Cât de speriată sunt de viață.

**Terapeutul:** Ce ți-a spus mama ta despre viață în general?

**Clienta:** Că trebuie să-mi merit locul în viață; că viața este dăruită de Dumnezeu; că moartea vine ca un hoț și trebuie să fiu pregătită mereu; că primești dragostea atunci când o meriți; că sexul este necesar procreerii; căsătoria este cărarea așteptată și o uniune sacră; că nu trebuie să fiu prea apropiată sau prea prietenoasă cu bărbații; că la nașterea mea a suferit foarte mult.

**Terapeutul:** Ce ți-a spus tatăl tău direct sau indirect despre viață?

**Clienta:** Că eu nu am contat în viața lui; că viața trebuie trăită în acord cu cuvintele lui Dumnezeu; că moartea este aceea care ne conduce fie în rai, fie în iad, că dragostea nu implică sex; că sexul este sursa căderii multor persoane; că trebuie să tratez căsătoria ca pe un lucru foarte serios, de nedistrus; că bărbatul

este capul familiei; că țelul suprem al femeii este de a naște copii; nu am idee să-mi fi spus vreodată ceva despre nașterea mea.

**Terapeutul:** Cum îți amintești de tine ca și copil?

**Clienta:** Eram tăcută, ascultătoare, conformistă, muncitoare, mă străduiam să plac, speriată, însingurată, pierdută.

**Terapeutul:** Cum te-ai perceput ca adolescentă?

**Clienta:** Am fost mereu speriată, fără prieteni, matură, responsabilă, muncitoare, studioasă, dornică să plac.

**Terapeutul:** Care era imaginea ta despre tine acum 5 ani?

**Clienta:** Eram super-mamă și super-soția care făcuse tot ceea ce se aștepta de la ea.

**Terapeutul:** Cum ți-ar place să fii peste 5 ani?

**Clienta:** O femeie cu satisfacții deopotrivă profesionale și în familie.

**Terapeutul:** Cum te-ai gândit să pui în practică acest plan?

**Clienta:** Am început terapia, lucru deosebit de dificil pentru mine.

**Terapeutul:** Cum ar suna epitaful tău dacă ar fi să îl scrii chiar tu?

**Clienta:** Aici se odihnește Ruth, care, gândind la toți, a uitat de sine.

**Terapeutul:** Ce cuvinte te temi că ar fi scrise pe piatra ta funerară?

**Clienta:** Mă tem că nu voi avea o piatră funerară, că vor uita cu toții de mine.

**Terapeutul:** Cum ți-ai fi dorit să se fi purtat mama ta?

**Clienta:** Să-mi arate afecțiune și să-mi dea de înțeles că apreciază efortul de a-i îngriji pe frațele și surorile mele.

**Terapeutul:** Cum ți-ai fi dorit să se fi purtat tatăl tău?

**Clienta:** Să fi fost mai amabil, să mă îmbrățișeze și să-mi spună că mă aprobă.

**Terapeutul:** Ce ți-ai dorit cel mai mult în viață?

**Clienta:** Să simt că trăiesc cu adevărat — să fie posibil să mă distrez și în același timp să fac ceea ce trebuie.

**Terapeutul:** Dacă ți-ai pune trei dorințe, care ar fi acestea?

**Clienta:** Ca soțul meu să aprecieze schimbările pe care le fac și să mă susțină; să pot deveni profesoară; să-mi pot alunga sentimentul de vinovăție pe care-l simt adesea.

**Terapeutul:** Care a fost un punct critic, de întoarcere, în viața ta?

**Clienta:** Decizia de a mă înscrie la Colegiu.»

Scenariul parcurs descoperă determinismul mesajelor parentale asupra propriei sale personalități. Sinteza mesajelor din partea tatălui este: o viață onorabilă și decentă; să se roage pentru a-și descoperi țelul în viață și să nu dea cale liberă sentimentelor.

Mesajele din partea mamei converg către inducerea următorului model psihologic: să sufere în tăcere, să facă o virtute din crucea pe care trebuie să o poarte. Interdicțiile parentale au dat naștere următorului motto de viață: „Fii cinstită și să nu ne faci de râs!”.

Contractul terapeutic amintit inițial reprezintă o procedură ce plasează reponsabilitatea asupra clientei. Ea însăși trebuie să fie un „arheolog” în propria-i viață, să caute obiecte străvechi, interesante. Vocabularul folosit în timpul terapiei este simplu. Vom recomanda clientei cărți care să o ajute să înțeleagă acest model terapeutic: filosofie, tehnici, proceduri. De asemenea vom analiza **jocurile psihologice pe care ea le joacă, tranzacțiile folosite în prevenirea intimității**. Să investigheze în profunzime calea prin care s-a autodeterminat și consecințele, în plan comportamental, ale acestor programări.

În schimbarea substanțială a comportamentului ne focalizăm pe experimentarea sentimentelor (polul afectiv), precum și pe dimensiunea cognitivă (polul rațional) a personalității.

#### • Desfășurarea procesului terapeutic:

##### Tehnica folosită:

Posibil să întâmpinăm rezistență din partea clientei care poate considera contractul terapeutic formal, logistic și inutil.

«**Clienta:** Eu nu sunt foarte sigură ce anume vreau să schimb în viața mea. Mă bazam pe tine să-mi punctezi ce anume trebuie să schimb în timp ce lucrăm la scenariul vieții mele.

**Terapeutul:** Acum vom discuta împreună

obiectivele acestui gen de terapie, vom detalia responsabilitățile fiecăruia dintre noi și vom face un angajament.

**Clienta:** Vreau să fiu fericită. Să-mi port de grijă.

**Terapeutul:** Exprimările tale sunt prea globale. Nu le-am putea limita?

Ce te-ar face fericită? Ce înțelegi prin a-ți purta de grijă? **Cum vei face asta?»**

Vom lucra cu clienta până când va veni cu afirmații mai clare cu privire la dorințele și expectațiile ei de la terapie. După o perioadă, va fi capabilă să vină cu o listă de schimbări concrete în viața ei.

«**Clienta:** Sunt gata să mă apropiu de soțul meu și să-i comunic ce simt în legătură cu relația noastră. Îi voi spune cum doresc să fiu în viitor. Cei patru copii ai mei profită de mine și intenționez să schimb acest lucru.»

Deci această listă este mai specifică decât prima, totuși, se poate merge mai departe. Prin urmare vom întreba exact ce vrea să schimbe în fiecare dintre problemele menționate. Spre exemplu, să-l invite pe soțul ei la o ședință terapeutică.

#### • Jocul de rol în mariajul clientei

În ședințele următoare vom face câteva jocuri de rol în care terapeutul va juca rolul soțului. Se poate observa teama și nesiguranța în a-și exprima cerințele și expectațiile sale. A făcut din soțul său un Părinte Criticist și îl situează pe poziția celui care o pedepsește investindu-l cu puterea de a o face să se simtă vinovată și speriată. Ca temă pentru acasă va trebui să-i scrie o scrisoare soțului în care să-i vorbească despre problemele lor dar fără să i-o dea să o citească.

În cele din urmă a fost de acord cu desfășurarea unei ședințe de terapie la care să participe și soțul său. Vom reda în continuare dialogul terapeutic rezultat:

**Clienta:** Astăzi l-am adus și pe George, deși cred că el nu a vrut ca să vină într-adevăr.

**Terapeutul:** George, mi-ar plăcea să știu de la tine care este părerea ta despre participarea la această ședință.

**Soțul:** Când Ruth m-a întrebat, am fost de acord pentru că am crezut că pot să-i fiu de ajutor. Eu nu am nevoie de terapie dar nu am văzut nimic rău în a veni aici.

**Clienta:** Iată de ce este aici. Nu știu ce să spun...

**Terapeutul:** Ai putea începe prin a-i spune de ce ai vrut ca el să vină cu tine la terapie.

**Clienta:** Este vorba de căsnicia noastră care nu mai poate continua așa. Felul în care merge nu mi se pare satisfăcător. Știu că atâția ani am mers așa și nu m-am plâns niciodată și totul părea că merge foarte bine — dar în ce mă privește, lucrurile nu merg așa cum trebuie.

**Soțul:** (întorcându-se spre terapeut): Nu înțeleg ce vrea să spună.

**Clienta:** Vezi, asta-i problema. Cu George totu-i în regulă. Eu sunt cea ne bună! De ce el este atât de mulțumit iar eu sunt atât de nemulțumită?

**Terapeutul:** Spune-i lui George. El are nevoie să audă asta de la tine, nu eu.

**Clienta:** De ce, George, eu sunt singura care se plânge de căsnicia noastră? Tu chiar nu vezi nimic rău în felul în care trăim? Tu chiar crezi că totul merge bine în ceea ce te privește? De ce totul se referă la mine?

**Terapeutul:** Stai un pic, Ruth, am auzit o grămadă de întrebări. Decât să îi pui lui George toate întrebările acestea, mai bine spune-i ce vrei de la el.

**Clienta** (întorcându-se din nou spre mine): Dar nu cred că mă aude vreodată! Asta-i nenorocirea! Nu cred că mă ascultă sau ce-i pasă când îi vorbesc despre viața noastră comună.

**Terapeutul:** Înțeleg de ce s-ar putea să nu te audă. Nu-i spui ce vrei și nu-i oferi o șansă. O parte a problemei este că nu-i spui despre tine. Dacă la fel este și acasă, îmi dau seama de ce simți că nu ești ascultată. Ești pregătită să-i spui direct ceea ce vrei ca el să audă?

**Clienta** (cu vocea scăzută și foarte emoționată): George, am obosit să fiu mama și soția perfectă, făcând întotdeauna ceea ce se așteaptă de la mine. Asta fac de când mă știu; acum am nevoie de o schimbare. Simt că sunt singura care ține familia. Totul depinde de mine și voi toți v-ați obișnuit ca eu să țin lucrurile pe linia de plutire. Dar eu nu mă simt susținută moral de niciunul dintre voi. Eu sunt cea care alimentează, dar pe mine nu mă alimentează nimeni. Și sunt momente când simt nevoia să știu că cel puțin contez pentru voi, că voi mă apreciați.

**Soțul:** Păi, sigur — și apreciez munca ta susținută. Știu că tu faci multe în casă și sunt mândru de tine.

**Terapeutul:** Cum te simți să-l auzi pe George spunând asta?

**Clienta:** Dar nu mi-ai spus niciodată așa — nu mi-ai spus că mă apreciezi. Am nevoie să aud asta de la tine. Am nevoie să mă susții emoțional.

**Terapeutul:** Ruth, încă nu i-ai spus lui George în ce mod ai fost afectată de ceea ce ți-a spus.

(Vom face apel la atenția clientei deoarece pentru un scurt moment soțul ei i-a răspuns într-un mod în care ea susține că ar dori ca el să o facă. Ea nu l-a recunoscut și continuă să se plângă. Încercăm prin aceasta să o facem să conștientizeze că George ar putea fi mai dispus la schimbare dacă primește o întărire pozitivă).

**Clienta:** Îmi place să îmi spui că ești mândru de mine.

**Soțul:** Nu sunt obișnuit să vorbesc așa. De ce să-ți spun atâtea cuvinte fără rost? Tu știi ce simt pentru tine.

**Terapeutul:** George, tocmai aici este problema! Tu nu-i spui ce simți pentru ea și ce înseamnă ea pentru tine, iar ea nu știe cum să-ți ceară să-i spui. Amândoi sunteți zgârciți cu celălalt în a da răspunsuri.

**Clienta:** Da, sunt de acord. Mă doare să-mi spui că tu crezi că acestea sunt vorbe inutile. Îmi lipsește afectivitatea ta. Îmi vine foarte greu să-ți vorbesc despre viața noastră! (Ochii i s-au umplut de lacrimi, oftează și apoi tace.)

**Terapeutul:** Nu te opri acum! Continuă să îi vorbești lui George. Spune-i ce înseamnă lacrimile și oftatul tău (Bănuia că ea se simte respinsă și se oprește adesea aici, simțind că nu e înțeleasă. Este încurajată să rămână pe poziție și să i se adreseze în continuare lui George. Chiar dacă el privește încurcat în acest moment, pare să fie receptiv).

**Soțul:** Uneori îmi e greu să-ți vorbesc pentru că mă simt judecat de tine. Te porți ca și cum ai fi victima insensibilității mele. Dar cum pot fi sensibil când tu nu îmi spui ce vrei?

**Terapeutul:** Pare a fi o cerere rezonabilă. Îi vei spune?

**Clienta:** S-ar putea ca tu să nu știi ce mult înseamnă pentru mine să merg la colegiu.



Îmi doresc atât de mult să termin și să-mi iau examenul de absolvire. Dar nu pot face aceasta și în același timp să am responsabilitatea completă pentru casă. Am nevoie ca fiecare dintre copiii noștri să își poarte singur de grijă. Am nevoie de timp pentru mine — timp în care pur și simplu să stau și să mă gândesc. Și mi-ar plăcea să stăm de vorbă după cină, tu și cu mine. Mi-e dor să vorbesc cu tine. Tot ce ne-am spus până acum a fost legat de gospodărie.

**Terapeutul:** George, ce părere ai despre tot ceea ce ai auzit?

**Soțul:** Păi, trebuie să vorbim despre munca în gospodărie. Nu înțeleg ce altceva ne-am putea spune. (George continuă să-i vorbească pe un ton criticist, dominând-o. În cele din urmă admite că totuși copiii ar putea să o ajute mai mult și că el ar fi dispus să facă mai multe dintre treburile casnice).

**Clienta:** Mi-ar plăcea mult să mă ajutați. Dar cum rămâne cu petrecerea unui timp împreună? Ai vrea să stăm de vorbă din când în când?

**Soțul:** Da, dar de cele mai multe ori am nevoie să mă relaxez când vin acasă după o zi de muncă obositoare. Îmi doresc să mă simt bine acasă după o zi lungă la serviciu.

**Terapeutul:** Se pare că amândoi vă doriți să vorbiți cu celălalt. V-ar plăcea să stați de vorbă un timp săptămâna viitoare fără a fi întrerupți?

Stabilim împreună cu contract realist care specifică unde, când și pentru cât timp vor putea discuta fără a fi întrerupți. Soțul este de acord să revină pentru o altă ședință comună. Îi cerem clientei să noteze tot ceea ce face acasă timp de două săptămâni. Îi sugerăm de asemenea să țină o listă cu schimbările specifice pe care dorește să le realizeze în familia sa, și totodată cu modul în care crede că le-ar putea realiza.

**Evaluarea și interpretarea efectelor terapeutice:**

După aproximativ o jumătate de an de eforturi terapeutice progresele vor putea să apară. În timpul procesului terapeutic clienta a ținut un jurnal zilnic în care și-a înregistrat evoluția.

Ultimele două-trei ședințe sunt destinate evaluării și discutării schimbărilor produse precum și planurilor de viitor ale clientei. Va suna terapeutul timp de 2 luni pentru a-l ține la curent cu modul în care evoluează. Iată ce nota ea în jurnal:

„Am încheiat 8 luni de analiză tranzacțională și ca urmare am schimbat câteva din deciziile de viață pe care le luasem în copilărie. Multe din stadiile ulterioare ale terapiei s-au concentrat pe munca de schimbare a deciziilor. Una dintre cele mai importante noi decizii a fost să nu mai încerc să fiu persoana perfectă, „fetița bună a tatei“ — totul în speranța că el îmi va acorda o parte din dragostea lui într-o bună zi. Terapia m-a ajutat să înțeleg că nu-l pot schimba în mod direct într-o persoană iubitoare. Am văzut cum atâția ani am „atârnat“ în nefericirea mea pentru a-l determina pe tatăl meu să se schimbe. Acum văd că sunt responsabilă pentru mine însămi și pentru a găsi dragoste în propria-mi viață; nu mai trebuie să aștept la infinit ca el să învețe să-mi dea această dragoste.

O altă lecție importantă pentru mine este că nu mai trebuie să cred că e ceva greșit sau chiar diabolic în ființa mea care să mă facă de neîmbitat. Incapacitatea tatălui meu de a-și arăta iubirea este problema lui, nu a mea.

Am lucrat asupra multor mesaje parentale pe care le acceptasem și am schimbat câteva din deciziile pe care le luasem ca răspuns la acestea. În același timp acceptasem interdicția: „Nu gândi pentru tine!“. Cine eram eu să iau decizii? Acum conștientizăm că pot lua decizii și, mai mult decât atât, acestea pot fi valoroase. „Nu fi sexy!“ — asta încă se mai constituie ca o problemă pentru mine, dar fac progrese. Sunt capabilă acum să se spun Părinților din mine că sunt liberi să își mențină pentru ei standardele, dar că eu refuz să le mai accept pentru mine. Am învățat că sunt multe decizii pe care le pot schimba — că nu trebuie să fiu urmărită de decizii luate cu mult timp înainte, pe vremea când mă simțeam deznădăjduită ca și copi. Și am mai învățat că pot să cer mult mai mult de la mine și că mă pot simți bine cerându-mi și realizând.“

Am lucrat împreună la schimbarea propriilor ei atitudini și comportamente care, în mod inevitabil, vor conduce la schimbări în relaționare.

În cele din urmă a înțeles că își transformase soțul într-un Părinte Criticist, ea devenind Copilul Adaptat din preajma lui. Un rol hotărâtor l-au avut jocurile psihodramatice jucate împreună. A conștientizat capcanele și pediciile determinărilor anterioare.

Deoarece analiza tranzacțională este o terapie didactică ce implică asocieri de evenimente și emoții, o vom ajuta să înțeleagă cognitiv natura anumitor decizii timpurii cu scopul de a determina gradul (măsura) în care acestea sunt încă funcționale. Când lucrăm cu scene timpurii pe care clienta le cheamă din copilărie, ceea ce urmărim este să-i asigurăm posibilitatea de a retrăi aceste situații cu aceeași intensitate emoțională pe care a simțit-o la vremea respectivă. Apoi munca noastră nu se oprește la acest joc de rol și readucerea evenimentelor trecute; o provocăm să se concentreze asupra deciziilor luate în acele momente privind viitorul său. Înainte de terapie ea nu era conștientă de mesajele parentale pe care le interiorizase. La sfârșitul terapiei ea poate distinge ambele tipuri de mesaje — implicite și explicite — pe care le acceptase de la părinții săi. De asemenea și-a dezvoltat o perspectivă mai clară asupra modului în care ea însăși perpetua aceste interdicții și încerca să trăiască potrivit standardelor tatălui său. Îi cer insistent să-și pună întrebarea: „Voi aștepta la infinit aprobarea tatălui meu, sau voi lucra la propria-mi aprobare?“

## 6. Un alt caz exemplificativ

Rolul acestora este identic cu al celorlalte cazuri exemplificative de la modelul terapeutic existențialist.

**Ada — „aproape un doctor“** (adaptare după Corey, G., 1991, pag. 174-180).

O fată de 32 de ani din Orient vine în America pentru studii. Obține licența în asistență socială, se întoarce acasă și lucrează ca manager într-o agenție de servicii sociale ce oferă clienților consiliere.

Își continuă studiile într-un program de doctorat, dar, în ciuda exigențelor profesorului conducător, și-a întârziat terminarea tezei cu aproape un an.

Experiența negativă cu un alt terapeut va face munca noastră extrem de dificilă. Acesta nu a fost sensibil la matca spirituală din care provenea clienta. Dar să o lăsăm pe Ada să se exprime:

„Mi-a recomandat să fac unele lucruri pe care nu sunt pregătită să le fac acum. Mi-a spus că este timpul să mă maturizez, să mă gândesc la mine și să uit de ceea ce vrea familia mea de la mine. Nu m-a ascultat când am încercat să-i explic că în familia chineză nu poți să spui pur și simplu ceea ce simți și gândești tu, personal.“

Este deosebit de interesată de analiza tranzacțională și s-a decis să o prezinte și ca o parte din dizertația de doctorat.

Încă de la început, prin contractul terapeutic stabilit, clienta își va planifica ce anume să schimbe în viața ei și va specifica și modalitățile prin care o va face. Deși este confuză, își dorește să „scape de înregistrările parentale“ pentru a-și schimba biografia. A învățat analiza tranzacțională la nivel intelectual, dar nu și-a integrat insight-ul la un nivel emoțional. Deși a studiat modele terapeutice, îi lipsește o conștientizare a propriilor conflicte interne.

Pentru a o învăța să gândească în termeni mai personali, îi vom pune întrebări de genul:

„Ce auzi acum că îți spun părinții tăi?“

„Ce aspecte din viața ta nu-ți plac?“

După o anumită perioadă clienta vine cu o decizie concretă: „Vreau să termin lucrarea de dizertație și să-mi pregătesc examenele orale și scrise pentru doctorat“. Deși această hotărâre este extrem de importantă, totuși nu este răspunsul total la problemele sale. Deja și-a recunoscut patternul de a evita finalizarea propriilor proiecte. Inițiază cu foarte mult entuziasm proiecte diverse, pentru ca apoi, exact în punctul de a le termina cu succes, să gândească în mod tipic de a renunța la orice este necesar pentru finalizare. Ca parte a contractului ea dorește să examineze însemnătatea și implicațiile acestui pattern de comportament.

În munca din partea finală a contractului său, rezolvând alegerea ei de a examina însemnătatea renunțării la finalizarea proiectelor, revedem componentele biografiei sale.

În această biografie, multe dintre evenimente de viață au avut un impact asupra ei. Ea acceptase și învățase roluri determinate, iar acum ea reactualizează și își asumă aceste roluri așa cum reies din biografia sa. Biografia conturează drumul său viitor în viață și atitudinea ei în anumite situații. Din perspectiva analizei tranzacționale există o tendință la renunțare care o determină să abandoneze propriul său plan de viață. Părțile semnificative ale biografiei sale includ mesaje parentale pe care le-a interiorizat, decizii timpurii pe care le-a luat în acord cu aceste mesaje, patternuri de răspuns pe care le-a primit, (colecții de sentimente familiale vechi, cum ar fi depresie, vinovăție și mânie) pe care le folosește pentru a-și justifica deciziile. Scopul terapiei prin analiza tranzacțională va consta în munca cu factorii intercorelați din această biografie.

Dorim cu siguranță să luăm în considerare forța cu care interdicțiile culturale continuă să se manifeste în viața Adei acum. De exemplu, simplul fapt de a se prezenta la terapeut s-a dovedit a fi extrem de dificil. La început explicat: „În cultura mea, a vorbi despre problemele personale este un semn de slăbiciune. Este rușinos pentru mine să fiu nevoită să cer ajutor. Am sentimentul că relevându-ți problemele mele devin vulnerabilă. Îmi e foarte greu să-mi exprim sentimentele și cu atât mai greu să plâng în fața cuiva sau să las să se vadă ceea ce eu consider a fi slăbiciunile mele“.

Deși este acceptat ca ea să studieze psihoterapia și chiar să o practice cu alții, pentru a-i ajuta, simte ca inacceptabil ca ea să aibă nevoie de ajutor sau să-și împărtășească problemele profunde. Experiența sa negativă cu primul psihoterapeut o determină să fie șovăielnică în a explora propriul său univers psihologic.

Dintre mesajele timpurii interiorizate am identificat:

- Nu reuși în viață!
- Nu merge mai departe!
- Educația este mai mult pentru băieți decât pentru fete.
- Rolul femeii este de a fi casnică.
- Să fii loială familiei tradiționale!
- Nu e necesar să ai o profesie.

Clienta a fost dirijată (programată) să nu reușească, iar atunci când înregistra un succes, răspunsul auzit era: „nu-mi place“. Familia i-a încurajat pe cei doi frați ai săi în ceea ce privește școala și profesia, aceștia având succese înalte și au fost extrem de deranjați când ea a hotărât să meargă în Occident pentru studii. „Planul lor ultim pentru mine era mariajul. Orice aluzie din partea mea că aș vrea să-mi iau doctoratul în asistența socială era de neconceput“.

**Interdicția parentală:** „nu face asta“ se regăsește în viața Adei. Chiar dacă ea aproape a terminat programul de doctorat, depășind prin aceasta programarea pe care părinții o făcuseră pentru viața ei, găsește totuși o modalitate de a nu termina în cele din urmă. Luase decizia timpurie de a nu experimenta satisfacția finalizării proiectelor sale. Îi este teamă de modul în care ar reacționa ceilalți dacă ea ar reuși cu adevărat.

Vom analiza puterea mesajelor culturale care au întărit interdicțiile parentale și au decis asupra succesului său profesional. Relevăm căile multiple prin care se autosabotează prin viziunea critică asupra jocurilor sale. Unul dintre acestea este tendința ei de a încuraja oamenii să o împingă să termine un proiect, moment în care ea rezistă tot mai puternic, spunându-și că nu va face ceva pentru că așa vor alții. Un alt joc constă în autoconvingerea că acelor oameni care nu o împing, desigur, că nu le pasă de ea suficient pentru a o îmboldi. Ca urmare ea nu face nimic, iar apoi îi învinuiește pe ceilalți pentru ceea ce s-a întâmplat.

Analizăm câteva dintre jocurile tipice din copilărie și adolescență și vedem paralela dintre acestea și cele pe care le joacă acum. De exemplu, ea vede conexiuni importante între trecutul și prezentul său în presiunea exercitată de conducătorul științific al tezei sale de doctorat și propria ei sfidare crescândă față de supunerea la cereri rezonabile sau termene scadente.

Înțelegerea patternurilor care se luptă în biografia clienței este o problemă. Va trebui să treacă la acțiune, să aplice modalitățile prin care va provoca deciziile timpurii pe care le-a luat.

Putem examina teama sa în fața examinărilor și problemele pe care le-ar putea avea cu dactilografia.

Procesul terapeutic se orientează asupra punctului culminant care implică întoarcerea, atât emoțională, cât și cognitivă, la o scenă timpurie, în care clienta a luat decizia de a nu se bucura de satisfacția dată de completarea scopurilor semnificative pentru planul său de viitor. Din starea psihologică a revenirii ea va putea lua o altă decizie, de această dată mult mai eficientă. În cazul său aceasta ar putea fi: „Voi reuși profesional și academic. Chiar dacă asta nu este ceea ce ați vrut sau ați gândit pentru viața mea, este ceea ce-mi doresc eu să fac și ceea ce voi obține“. Chiar dacă nu-i va schimba radical viața, terapia va reuși în acest mod să o aducă mai aproape de capacitatea de a lua asemenea redecizii.

Un alt punct critic al terapiei este să o ajute pe Ada să împace în mod satisfăcător valorile culturale chineze și americane într-o nouă sinteză. Se dorește ca Ada să fie capabilă să rămână fidelă valorilor însușite în Hong Kong, dar totodată să accepte schimbarea unora dintre tradițiile pe care nu le consideră deosebit de importante pentru ea.

Dat fiind că va profesa în China, ea va trebui să țină cont de concepțiile culturale chineze care nu pun preț pe valori cum sunt accentuarea individualității, autonomiei, sau a modalităților de dezvoltare a propriilor personalități. Dacă dorește cu tot dinadinsul să integreze valorile americane în viața de zi cu zi din țara sa de origine, atunci această decizie va constitui obiectul următoarelor ședințe de terapie.

## 7. Exemple clasice de jocuri psihologice

E. Berne

Aceste jocuri sunt prelucrate din volumul „Games people play — the psychology of human relationships“, Eric Berne, USA, 1964, în care sunt prezentate 36 de jocuri psihologice grupate de autor după contextul social în care apar preponderent. Dintre acestea am preluat

câteva exemple pentru a familiariza cititorul cu ceea ce reprezintă jocul psihologic și a-și pune la îndemână un instrument de apreciere a comportamentului uman.

- „Te-am prins, ticălosule“

E Berne (pag. 74-76)

**Teza:** Atunci când cei doi jucători au avut o înțelegere și aceasta a fost încălcată de unul dintre ei, celălalt se simte îndreptățit să îl critice și să-l blameze pe primul.

Într-o situație analogă, jocul de poker în care unul dintre jucători are 4 ași în mână, poate fi ilustrativ: cel care este sigur că va câștiga devine dezinteresat de câștigul în sine și satisfăcut de ideea de a-l avea pe celălalt sub control.

La nivel social, tranzacția este Adult-Adult, iar la nivel psihologic este Părinte-Adult. Prinderea în culpă a cuiva produce satisfacția psihologică a jucătorului care va reacționa extrem, nejustificat, conform Eului Părinte. Cel care a greșit va juca rolul „De ce asta mi se întâmplă întotdeauna mie?“ (rolul victimei).

În forme mai mult sau mai puțin subtile, poate apărea și ca joc marital.

Uneori poate fi întâlnit și ca joc de 3 persoane, în care „victima“ își caută o a treia persoană căreia să i se plângă de nedreptățile la care a fost supus. „Confidentul“ este de asemenea o persoană care joacă „De ce asta mi se întâmplă întotdeauna mie?“ și se stabilește între ei o „competiție a ghinionistilor“.

**Antiteza:** cea mai bună soluție este comportamentul corect. Orice contract cu un asemenea jucător trebuie încheiat în cele mai mici detalii și respectat cu strictețe. În viața de zi cu zi, situarea pe pozițiile acestui joc implică riscuri.

Ex: Soția unui asemenea individ trebuia tratată cu corectitudine, politicos și trebuie evitate tendințele de flirt, galanterie etc., mai ales atunci când soțul însuși pare să încurajeze alți bărbați în acest sens.

**Analiza:**

**Teza:** Te-am prins, ticălosule!

**Scop:** Justificarea

**Roluri:** Victima-agresorul

**Dinamica:** Criza de gelozie

**Paradigma socială:** Adult-Adult

**Adultul:** „Vezi că ai greșit?”

**Adult:** „Acum că mi-ai atras atenția, văd că am greșit.”

**Paradigma psihologică:** Părinte-Copil

**Părinte:** „Te-am urmărit sperând că vei greși.”

**Copil:** „De data asta m-ai prins.”

**Părinte:** „Da, și te voi face să simți toată forța furiei mele.”

**Etape:** (1) Provocare-Acuzație; (2) Defensivă-Acuzație; (3) Defensivă-Pedeapsă.

**Avantaje:**

- (1) psihologic intern - justificarea furiei
- (2) psihologic extern - evitarea confruntării cu propriile limite
- (3) sociale interne - „Te-am prins, ticălosule!”
- (4) sociale externe - ei sunt întotdeauna gata să te înșele
- (5) biologice - schimbări beligerante, de obicei ipsisexuale
- (6) existențiale - oamenii nu pot fi crezuți!

**Exemple:**

- (1) Te-a prins de data asta!
- (2) Soțul gelos

• „Femeia frigidă” (E. Berne, pag. 85-88)

**Teza:** Jocul apare de obicei în cuplurile care au la dispoziție suficient timp pentru a permite dezvoltarea lui și în același timp menținerea relației.

Soțul îi face avansuri soției și este respins. După încercări repetate este învinuit că nu ar iubi-o, sau nu pentru ea însăși, ci că singurul său scop în relație este satisfacția sexuală. El se retrage un timp, dar, la o nouă încercare, rezultatul este același. Se resemnează și-și impune să nu-i mai facă soției sale avansuri. În același timp însă, ea devine tot mai provocatoare, putând merge chiar până la a flirta cu alți bărbați. Răspunzând provocărilor ei, soțul încearcă din nou, dar este din nou respins. Situația degenerază într-un alt joc: „Gâlceava” care implică reproșuri legate de comportamentul celuilalt, de alte cupluri, rude, finanțe, etc. și care se termină cu „o ușă trântită”.

Soțul decide să găsească o modalitate de a conviețui fără a avea relații sexuale. Începe deci, prin a ignora parada provocatoare a soției, din ce în ce mai acerbă. Apoi soția este cea care face primul pas. În primul moment soțul încearcă să reziste, amintindu-și rezultatul ultimelor sale încercări. După ce depășește acest moment și se ajunge în punctul critic, soția se retrage din nou, acuzându-l că nu-i poate oferi afectivitatea de care are nevoie, că e la fel ca toți ceilalți etc., și de aici din nou „Gâlceava”.

De obicei soțul e la fel de speriat ca și soția sa de intimitate, oricât de mult ar nega-o și se bucură că poate trece asupra ei vina pentru tulburările sale de potență pentru care, în alte condiții, ar fi putut fi ironizat.

În forma lui cotidiană, acest joc poate fi inițiat de doamne necăsătorite de diferite vârste, fiind continuat, de obicei, cu jocul indignării sau „Violul”.

**Antiteza:** trebuie să fie pe măsura durității jocului. Găsirea unei amante ar putea fi o soluție ce implică riscul de a fi folosită ca probă incriminatorie în jocul „Te-am prins, ticălosule”. Cu toate acestea, soția ar putea fi stimulată de ideea concurenței și ar putea încerca o căsnicie normală, adesea însă, mult prea târziu.

O altă soluție ar fi găsirea unui grup de terapie tranzacțională de cuplu ce poate conduce la o „recăsătorire psihologică” sau cel puțin, o ameliorare semnificativă a stării psihologice a fiecăruia dintre soți.

Punctul crucial în „Femeia frigidă” este faza ultimă, a „Gâlcevei”. Odată declanșată, intimitatea sexuală iese din discuție, iar ambele părți găsesc în ea o satisfacție perversă și nu mai simt nevoia altei excitații sexuale din partea celuilalt. De aceea, soluția ar putea fi evitarea „Gâlcevei”, astfel încât soția să simtă acut lipsa satisfacției sexuale și se ajunge la consens.

După scopul „Gâlcevei” se poate face distincția între „Femeia frigidă” și „Bate-mă, tăticule!”, unde aceasta ocupă locul excitației sexuale. În „Femeia frigidă”, „Gâlceava” are rol de substitut de relație sexuală.

**Analog** — Dickens — „Great Expectations”: Fetița bine îmbrăcată îl roagă pe băiețel să îi facă o plăcintă de lut.

Când primește plăcinta îi privește scârbită mâinile și hainele murdare, spunându-i cât este ea de curată în comparație cu el.

**Analiză:**

**Teza:** Te-am prins, ticălosule!

**Scop:** Răzbunare

**Roluri:** Soția cinstită — Soțul nerecunoscător

**Dinamica:** Invidierea penisului

**Exemple:**

- (1) Mulțumesc pentru plăcinta de lut, băiețel murdar!
- (2) Soția frigidă, provocatoare

• **Paradigma socială:** Părinte-Copil

**Părintele:** Îți permit să-mi faci o plăcintă de lut (să mă săruți)

**Copilul:** Mi-ar plăcea.

**Părintele:** Acum uită-te la tine cât ești de murdar!

• **Paradigma psihologică:** Copil-Părinte

**Copilul:** Vezi dacă poți să mă seduci!

**Părintele:** Aș încerca, dacă îmi promiți că mă oprești la timp.

**Copilul:** Vezi, tu ai început.

**Etape:**

- (1) Seducție - Răspuns
- (2) Rejecție - Resemnare
- (3) Provocare - Răspuns
- (4) Rejecție - Zarvă

**Avantaje:**

- (1) Intern psihologic - eliberare de vina fantazărilor sadice
- (2) Extern psihologic - evitarea temutei exhibiții și penetrări
- (3) Intern social - „Gâlceava”
- (4) Extern social - ce poți face cu băiețelii murdari (soți)?
- (5) Biologic - inhibiție sexuală și schimbări beligerante
- (6) Existențial - eu sunt pură!

„Pata” (E. Berne, pag. 98-99)

**Teza:** Jocul este o sursă de disensiuni meschine în viața de toate zilele. Este jucat de pe poziția Copilului depresiv: „eu nu sunt bun”. Scopul tranzacțional al judecătorului este de a

dovedi teza ulterioară. Odată inițiat jocul, protagoniștii nu se simt confortabil în compania unei noi persoane până în momentul în care îi găsesc acestuia din urmă „pata” sa. În forma sa extremă poate deveni un joc politic totalitarist jucat de personalități „autoritare” și atunci pot avea repercursiuni istorice serioase.

În societatea suburbană reasigurarea pozitivă este obținută din jocul „Cum mă descurc?”, în timp ce „Pata” oferă reasigurarea negativă. O analiză parțială va face o parte din elementele jocului mai clare.

Premisele jocului se înscriu de la cele mai timide și stranii, la cele mai cinice (sinistre), ezoterice, intime sau sofisticate. Din punct de vedere psihodramatic, are la bază ca obicei insecuritatea sexuală și țelul său este reasigurarea. Din punct de vedere tranzacțional mobilul este curiozitatea morbidă sau plăcerea de „a trage cu ochiul”, uneori cu preocuparea caritabilă a Adultului sau Părintelui mascând pofta Copilului. Avantajul psihologic intern este că îl ferește pe jucător de depresie, iar avantajul psihologic extern este de a evita intimitatea care poate aduce la suprafață propriile „pete” ale acestuia. Astfel, jucătorul se simte îndreptățit să întoarcă spatele unei femei care nu este modernă (se simte fără suport financiar), unui non-Adrian, unui iliterat, unui bărbat impotent sau unei personalități nesigure. În același timp, curiozitatea sa îi oferă unele posibilități de acțiuni social-interne cu câștig biologic. Avantajul social extern este din grupul „nu-i așa că e minunat?”. O parte interesantă a jocului este că alegerea premiselor de către jucător este independentă de capacitatea sa intelectuală sau de aparența sa sofisticată. De exemplu, un bărbat care se află într-o oarecare poziție de responsabilitate într-un serviciu străin din țara sa, poate spune audienței că o altă țară este inferioară pentru că, pe lângă alte lucruri, bărbații poartă sacouri cu mâneci prea lungi. În stadiul Egoului Adult, acest bărbat poate fi foarte competent. Numai atunci când joacă un joc parental cum este „Pata”; el va arăta asemenea irelevanțe.

„Gâlceava” (E. Berne, pag. 114-115)

**Teza:** În forma sa clasică jocul apare în familiile în care există un tată dominant, fiica adolescentă și o mamă inhibată sexual. Jocul se desfășoară având ca protagoniști pe tata și fiica adolescentă, astfel:



Tatăl vine de la serviciu și îi găsește fiicei sale o vină oarecare, iar ea răspunde imprudent sau, fiica poate face prima mișcare fiind imprudentă, după care tatăl găsește vina. Începe gâlceava: voci ridicate și conflictul devine din ce în ce mai acut. Deznodământul depinde de cel care are inițiativa. Astfel există trei posibilități:

- a) Tatăl se retrage în dormitorul său și trănțește ușa;
- b) Fiica se retrage în dormitor și trănțește ușa;
- c) Amândoi se retrag și trănesc ușa.

În orice caz, sfârșitul jocului este marcat de o ușă trântită. „Gâlceava” oferă o soluție care distrage atenția dar este eficientă totuși în rezolvarea problemelor care apar între tați și fiicele adolescente în anumite împrejurări. Dacă locuiesc în aceeași casă și sunt nervoși unul pe celălalt, ușile trântite reprezintă pentru fiecare dintre ei nimic altceva decât faptul că au totuși dormitoare separate. În familiile dezorganizate, acest joc poate fi jucat într-o formă mai sinistă și mai dezgustătoare în care tatăl își așteaptă fiica de câte ori vine de la o întâlnire și o examinează foarte atent la întoarcere (mai ales vestimentația) pentru a fi sigur că ea nu a avut un contact sexual. Chiar și circumstanțele cele mai puțin suspecte pot da naștere la cele mai violente altercații care se pot termina cu izgonirea fiicei din casă în toiul nopții.

Jocul își va urma cursul în următoarele nopți. Suspiciunile tatălui sunt „justificate” și explicate mamei care în tot acest timp stătea de o parte „neajutorată”.

În general acest joc poate fi jucat între două persoane care încearcă să evite intimitatea sexuală. De exemplu, „Gâlceava” poate fi și faza terminală din jocul „Femeia frigidă”.

„Gâlceava” este întâlnită, deși, destul de rar, între băieții adolescenți și rudele lor de sex feminin. De asemenea se întâlnește la vârste fragede și între frați, ca un semn al luptei psihologice.

**Antiteza:** Jocul nu este atât de antipatic tatălui așa cum am putea crede și, în general, fiica este cea care găsește soluția antitetică printr-o căsătorie grăbită, adesea prematură sau forțată. Dacă este posibil, din punct de vedere psihologic, mama poate face mișcarea antitetică „renunțând” la frigiditatea relativă sau absolută. Jocul se poate liniști dacă tatăl găsește un interes sexual în afara familiei dar această opțiune poate genera alte complicații. În cazul cuplurilor căsătorite antiteza este aceeași ca și pentru jocurile „Femeia frigidă” sau „Bărbatul impotent”.

În circumstanțe asemănătoare, „Gâlceava” poate conduce în mod natural la jocul „Curtea juraților”.

## Capitolul 7

# PSIHOTERAPIA COPILULUI CENTRATĂ PE METODE EXPERIENȚIAL-EXPRESIVE

*Iolanda Mitrofan*

*Elena Otilia Vladislav*

## CUPRINS

1. Desenul ca abordare diagnostică și terapeutică a copilului .....	170
2. Alte mijloace expresive utilizate în psihoterapia copilului .....	175
2.1. Fantezia .....	175
2.2. Modelajul .....	176
2.3. Colajul .....	177
2.4. Jocul cu nisip .....	177
2.5. Realizarea de povești și povestiri .....	177
2.6. Metafora terapeutică .....	178
2.7. Marionetele .....	181
2.8. Terapia prin joc .....	181
2.9. Dramaterapia .....	182
3. Demers expresiv-gestaltist în psihoterapia copilului .....	183
3.1. Studiu de caz (un tic vocal sau tuse „psihogenă”) .....	185
3.2. Studiu de caz (balbism) .....	190

## 1. DESENUL CA ABORDARE DIAGNOSTICĂ ȘI TERAPEUTICĂ A COPILULUI

Cunoașterea universului interior al copilului beneficiază de un ajutor considerabil din partea tehnicilor expresiv-creative de investigație și terapie, dintre care desenul serial, modelajul, jocul cu nisip, exercițiul mimico-pantomimic și dramaterapeutic, improvizația muzicală, exprimarea prin dans și mișcare, sunt cele mai frecvent utilizate de consilierii și psihologii specializați în problemele copilului.

Desenul liber sau tematic constituie o foarte potrivită cale de evaluare a personalității în formare a copilului și a problemelor sale emoționale, precum și a relațiilor sale cu familia, a traumelor pe care eventual le-a suferit, a nivelului de anxietate existențială, a capacităților și a dificultăților sale de a se adapta la mediul social.

Cum și cât poate fi decriptată lumea subiectivă a copilului mic prin desen? Pe ce se bazează valoarea diagnostică și terapeutică a acestui mijloc expresiv?

Răspunsul acestor întrebări este dat de valoarea simbolică a desenelor ca „VEHICOLE” și „ACTIVATORI” de informație psihologică inconștientă sau de mesaje pe care copilul este incapabil de a le exprima verbal, ci doar afectiv-imagistic prin intermediul liniilor grafice, culorilor, formelor, pozițiilor și dimensiunilor personajelor sau obiectelor desenate. Mecanismul psihologic prin care conflicte inconștiente nerezolvate, probleme incomunicabile, atitudini și sentimente față de persoanele importante din viața sa, frustrații și anxietăți, blocaje și suferințe reprimite sunt devaluate — îl constituie PROIECȚIA. În alți termeni, problemele ascunse, neconștientizate, reprimite sau negate, îngropate în abisurile inconștientului sunt exprimate într-o manieră simbolică, adesea transparentă, în produsele creației artistice ale subiectului și sunt atribuite (proiectate) în elementele acesteia și relațiilor dintre aceste elemente. Astfel, personajele unei povești inventate de copil, dramatizate de el împreună cu alții sau

prin jocul cu marionetele, ori pur și simplu redate grafic, sunt investite cu semnificații, emoții, sentimente și gânduri pe care copilul le trăiește în legătură directă cu evenimentele vieții sale, cu relațiile sale cu familia și alte persoane semnificative din viața sa.

Atât desenele, cât și jocurile sunt considerate drept cele mai relevante modalități de expresie ale primilor ani de viață, ele oferind date importante despre inteligența și afectivitatea copilului. În mod special, desenul liber, spre deosebire de desenul după model (preferat în școala tradițională), îndeplinește rolul unei veritabile creații, care exprimă spontan viziunea personală a copilului asupra mediului înconjurător și prin aceasta, se instituie într-un veritabil test psihodiagnostic al personalității lui.

Dintre testele proiective bazate pe desen utilizate în special în psihodiagnoza copilului sunt:

- testul „omulețului” (F. Goodenough) care oferă indicii asupra nivelului intelectual al copilului, în funcție de nivelul său de maturitate psihomotrică, percepția propriei scheme corporale și proiectarea sa în desenul unui omuleț; pot fi semnificative pentru dezvoltarea cognitivă, evaluată concret prin gradul de perfecțiune și completitudine a desenului, echilibrul general, bogăția detaliilor.

- testul „femeii plimbându-se prin ploaie” (testul H. Fay) solicită o integrare mai complexă a unor elemente ale desenului liber, ce permit evaluarea nivelului de inteligență;

- testul desenului liber al lui G. Minkowska (reprezentând personaje sau orice altceva) permite aprecierea modului particular de percepție al copilului în două tipuri distincte: tipul senzorial și tipul rațional. La tipul senzorial, modalitatea de realizare a desenului nu este prea precisă, dar detaliile sunt legate unele de altele printr-un viu dinamism. Tipul rațional, dimpotrivă, are o manieră mai precisă de a desena, fiecare element, obiect sau ființă fiind riguros redate și adesea simetric, dar fiecare este izolat, imobil și fără nici o legătură cu restul desenului. Dar desenul liber ne oferă și indicii privind viața afectivă a subiectului prin intermediul analizei conținutului.

- testul „desenului figurii umane” (K. Machover)

Autoarea pleacă de la modificarea testului „omulețului” propunând desenarea succesivă a două persoane de sex diferit.

- testul „casă-copac-persoană” (H-T-P engl. house-tree-person, al lui J. N. Buck) îmbogățește situația proiectivă, având două etape de lucru: momentul creator non-verbal: realizarea unui desen prin folosirea celor trei elemente indicate și momentul verbal, interpretativ, în care copilul este solicitat să descrie, să definească și să interpreteze ceea ce a desenat. Aceasta a doua etapă creează asociații li-ere deosebit de relevante pentru cunoașterea problemelor emoționale și relaționale ale copilului. Din acest desen poate fi înțeles modul în care percepe copilul mediul înconjurător, proiecția propriului său mod de a fi și simți, în raport cu sine și cu alții.

- testul „desenului familiei” (utilizat de mai mulți autori clasici — F. Minkowska, M. Porot, Cain și Gomila, N. Appel, F. Barcellos, N. Fukada) este relevant pentru cunoașterea raporturilor pe care le are copilul cu familia, ca decisive în formarea personalității sale. M. Porot consideră că simpla observare a desenului unei familii permite cunoașterea sentimentelor reale pe care copilul le resimte față de ai săi, situația în care el se plasează în cadrul familiei sale, relațiile dintre membrii familiei și impactul lor asupra copilului din perspectiva acestuia. Dimensiunile persoanelor familiale, centralitatea sau excentricizarea lor în spațiul grafic, distanțele dintre membrii familiei și dintre figurile centrale și copilul investigat, sunt elemente de diagnostic importante și totodată factori de suport pentru o discuție relevantă de conștientizare și chiar de optimizare a raporturilor perturbate din familie. Din această ultimă perspectivă testul familiei poate constitui și o tehnică provocativă utilizată în terapia cu familia copilului cu tulburări emoționale și de comportament. Utilizat mai ales ca probă de cunoaștere, testul familiei poate fi folosit pentru declanșarea unui dialog, ghidat de întrebări de genul: „Povestește-mi despre familia pe care tu ai desenat-o... Unde se află ei? Ce fac ei? Hai să vorbim despre fiecare personaj din această familie... Ce rol are fiecare?

Ce vârstă? Ce sex? Ce face fiecare? Ce simte, ce gândește fiecare? Ce vrea fiecare? Care este cel mai simpatic dintre toți? Dar cel mai antipatic? Care este cel mai amabil? Dar cel mai puțin drăguț? Care este cel mai fericit, dar cel mai puțin fericit? Tu pe cine preferi dintre ei? Se pot de asemenea, discuta situații care să provoace proiecții interesante: „Dacă tata propune o plimbare cu mașina, dar nu este loc pentru toți, cine e cel care va rămâne acasă?

În timpul probei, se pot observa reacțiile afective ale copilului, mai ales inhibițiile și refuzul de a desena sau vorbi despre anumiți membri ai familiei sau chiar despre sine, jena sau teama față de unele personaje, resentimente, ostilitatea. Se urmăresc oscilațiile afective, trecerile de la tristețe la veselie, mânia, nemulțumirile față de unele personaje, izolarea și sentimentul de autodevalorizare sau de insecuritate. Elemente ca egocentrismul și autocentralitatea, redate grafic prin dimensiunile exagerate, sublinierile și detaliile suplimentare, precizia grafică a trăsăturilor unor personaje, precum și estomparea, absența, imprecizia desenării altora, pot fi ușor identificate și decriptate ca semnificație. Alegerea culorilor pentru sine și anumite persoane nu este nici ea întâmplătoare. Desenarea în culori vii, luminoase sau terne, întunecoase, este în directă legătură cu emoțiile și sentimentele copilului față de persoanele desenate, iar preferința lui pentru desenul alb-negru ne poate sugera blocajele emoționale, elemente de depresie, retragere sau lipsă de rezonanță afectivă, dificultăți de exprimare a sentimentelor și trăirilor. La finele discuției, copilul este întrebat dacă este mulțumit sau nu de desenul pe care l-a făcut și dacă ar dori să schimbe ceva sau să îl mai facă o dată, așa cum i-ar plăcea lui acum. Noul desen poate aduce date suplimentare despre relațiile cu propria familie, despre așteptările copilului și speranțele sale. Orice omisiune sau deformare a unui personaj într-un sens sau altul ne aduce date prețioase din punct de vedere al cunoașterii lumii sale interioare, dar și al comportamentului său în raport cu aceste personaje ce exprimă simbolic realitatea relațiilor sale în familie.

O altă posibilitate este reprezentarea grafică a familiei prin simboluri sau animale, pe baza unui exercițiu analogic. Copilului i se cere să-și imagineze membrii familiei sale altfel decât oameni și să-i deseneze așa cum dorește el. Ei pot fi pete de culoare, linii, forme, obiecte sau animale, sau orice l-ar ajuta pe copil să-i reprezinte. Se pot provoca apoi dialoguri între anumite părți din desen, aflate în contrast sau în opoziție (o pată colorată poate sta de vorbă cu o pată neagră, un animal mic intră în dialog cu unul mare și puternic, unul supărat cu unul vesel, unul curajos cu unul fricos etc.). Atunci când o anumită parte din desen este subliniată sau îngroșată, hașurată, i se acordă o importanță mai mare în interpretare. În acest scop se adresează întrebări ajutătoare copilului pentru a-și clarifica raporturile și sentimentele cu elementului simbolic respectiv după caz: „Ce gândeste acest (triunghi, plantă, animal)? Încotro se duce? Ce vrea să facă? Ce i se va întâmpla?” etc. Valoarea acestor tehnici este nu numai diagnostică, ci și educațional-terapeutică. Copilul învață să-și comunice mai adecvat și în mod spontan sentimentele, dorințele, învață să-și conștientizeze mai clar pozițiile și atitudinile, dar și să-i înțeleagă mai bine pe cei cu care intră în contact sau pe cei cu care are dificultăți de contact și de comunicare. Efectul constă într-o mai bună socializare și maturizare emoțională.

Alte modalități tehnice de investigare și terapie cu suport expresiv (pictural, grafic) vin să întregască registrul testelor de desen propriu-zise. Acestea asociază exercițiile de fantazare, asociațiile creative și sugestive cu redarea prin desen sau prin pictură a sentimentelor și stărilor trăite „acum și aici”, a percepției spațiului interior și a identității proprii de către copil. Redăm în continuare câteva dintre aceste modalități de lucru expresiv-metaforice:

• Desenul lumii interioare, din linii, figuri și culori

Copilul este rugat să închidă ochii și să pătrundă în lumea lui interioară. „Vezi cum îți apare lumea ta dinlăuntru? Cum o poți reda pe hârtie folosind doar linii, curbe și figuri? Vezi ce culori apar în lumea ta, în spațiul tău interior... unde este plasat fiecare lucru și unde te afli tu acolo. Acum desenează tot ce ți-ai imaginat...”

• Pictura sentimentelor din acest moment. I se cere copilului să realizeze o pictură cu degetele de la mâini sau chiar de la picioare, care să reprezinte starea lui de acum sau starea lui când e fericit or supărat (în funcție de scopul propus). Pictura cu degetele are calități relaxante prin angajarea tactil-kinestezică și oferă satisfacție și ușurință în exprimarea sentimentelor, în mai mare măsură decât pictura cu instrumente. Culorile alese, fluiditatea mișcării, tonurile și consistența petelor de vopsea oferă indicii interesante privind afectivitatea, în vreme ce modalitatea grafică de exprimare corelează mai mult cu nivelul și calitatea cognițiilor (percepții, reprezentări, idei).

• Imaginarea și desenarea unei „tufe de trandafiri” (exercițiu utilizat de V. Oaklander, 1988, pag. 32). I se sugerează copilului să închidă ochii și să-și imagineze că este o tufă de trandafiri. Pentru ca asociațiile libere să fie stimulate, psihologul orientează fluxul imaginativ al copilului prin întrebări de genul: „Ce fel de tufă de trandafiri ești tu? Ești foarte mică? Ești foarte mare? Ești groasă? Ești subțire? Ai flori? Dacă da, ce fel sunt florile tale, ce culoare au? Au multe flori sau câteva? Sunt boboci? Au frunze? Cum arată ele? Cum sunt rădăcinile tale? Sau poate nu ai? Sunt lungi și puternice sau plâpânde? Sunt răscucite? Ai spini? Unde te afli tu? Într-o grădină, într-un parc, într-un oraș, într-un deșert? Ești într-un ghiveci sau crești direct din pământ sau prin ciment? Ce este în jurul tău? Sunt și alte flori sau tu ești singur? Sunt copaci, animale, păsări, oameni? Arăți tu ca o tufă de trandafiri sau ca altceva? Este ceva în jurul tău ca un gard? Dacă da, cum apare el? Sau ești într-un loc deschis? Cum este să fii o tufă de trandafiri? Cum supraviețuiești tu? Are cineva grijă de tine? Cum este vremea acum pentru tine?”. Apoi, copiii sunt rugați să deschidă ochii și să deseneze tufa lor de trandafiri. Se discută cu ei ulterior, dacă ceea ce și-au imaginat și reprezentat prin desen are vreo legătură cu viața lor reală. Astfel sunt aduse la lumină o serie de situații și trăiri din viața copilului, relevante pentru înțelegerea, evaluarea și terapia sa, când este nevoie.

• Desenul serial este o metodă individuală de lucru cu copilul cu dificultăți comportamentale și de adaptare, practică de J.A.B. Allan (1988), în scop psihoterapeutic. Metoda este de inspirație jungiană și implică o serie de 12 ședințe a câte 20-25 minute fiecare, o dată pe săptămână, când i se cere copilului să deseneze un tablou, în prezența consilierului psiholog. Desenul serial a fost utilizat într-o varietate de situații: de la instituțiile de ocrotire, la practica privată de evaluare și de consiliere în școli, dar poate fi folosit și pentru cunoașterea și psihoterapia copilului preșcolar cu probleme.

Încă din 1959 C. G. Jung accentua importanța analizării desenelor „în serie”, de-a lungul timpului, analiza doar a uneia sau două lucrări fiind insuficientă pentru înțelegerea persoanei și terapia sa. J.A.B. Allan constata că atunci când un copil desenează în prezența terapeutului, potențialul de vindecare este activat, conflictele sunt exprimate și rezolvate treptat, iar terapeutul poate câștiga o clară și mai exactă viziune asupra inconștientului copilului. Cadrul cabinetului de consiliere și ritmicitatea efectuării desenelor în acest cadru, totdeauna la aceeași oră, creează un ritual cu funcție terapeutică — un spațiu „sanctuar” și un timp în afara timpului obișnuit. Acestea, împreună cu o alianță terapeutică pozitivă încurajează creșterea psihică și transformarea. Din perspectiva jungiană, aceste condiții activează în inconștient mersul spre vindecare.

„*Fantasmele și imaginile produse astfel simbolizează și concretizează prin forme tangibile, cum ar fi desenele, dar și modelajul, punerea în scenă sau povestirea, facilitând astfel creșterea psihică. Hârtia devine astfel, locul sigur în care sunt plasate proiecțiile, în timp ce simbolurile și imaginile devin recipiente pentru emoții variate. Astfel, sentimentele pot fi exprimate în siguranță și prin aceasta, în inconștient se produc noi imagini, sentimente și stări. Desenul în serie jalonează drumul copilului spre pacea interioară, în funcție de natura traumei sau a conflictului psihologic*”

(apud C. E. Schaffer, 1988, pag. 98).

Allan observă că unii copii încep desenul serial prin a produce imagini de suferință, alții imagini reparatorii (ale vindecării), în timp ce alții vor reda doar imagini stereotipe în desen.

Unii copii petrec mult timp cu imagini dureroase, în vreme ce alții se îndreaptă direct spre imagini ale vindecării, părand a nu avea nevoie de a-și împărtăși durerea. Alții apar blocați, stăruind într-o ambivalență intens conflictuală, între dorința de a crește și dorința de distrugere. Aceste patternuri expresive devin vizibile doar în timp, de aici rezultând natura serială a acestei abordări terapeutice.

Adesea, în desenul serial, un copil poate prezenta o temă simbolică, pe care o reia în mai multe desene, perseverent. Alteori imaginea aleasă se schimbă de mai multe ori, în forma sau în funcția ei, semn al unei evoluții, de la violență și distrugere la echilibrare și funcționare sănătoasă. Astfel într-un caz citat de autorul menționat, o fetiță de 6 ani abuzată sexual, desena constant dormitoare și băi în care se aflau persoane expunându-și organele genitale și angajate în raporturi sexuale. La sfârșitul tratamentului prin desen serial, imaginea dormitoarelor și băilor se menține, dar persoanele desenate „dormeau fiecare în patul său, camerele păreau curate și luminile aprinse”.

Utilizarea desenului serial evidențiază trei stadii principale în aplicarea metodei pe copii cu tulburări și dezorganizări moderate. Fiecare stadiu reflectă anumite imagini sau teme tipice.

În stadiul inițial, între prima și a 4-a ședință, desenele reflectă:

- o viziune globală asupra lumii interioare a copilului;
- pierderea controlului intern și prezența sentimentelor de disperare și deznădejde;
- stabilirea unui raport inițial cu consilierul, care uneori, este încorporat într-un desen în forma simbolică a uriașului prietenos, pilot de avion, doctor sau asistent.

În stadiul intermediar, de la a 5-a la a 8-a ședință, conținutul desenelor pare a reflecta:

- expresia unei emoții în forma ei pură;
- conflictul între contrarii (rău/bine) și izolarea sentimentelor ambivalente;
- adâncirea relației dintre copil și ajutorul său. La sfârșitul acestei faze, copilul folosește desenul pentru a comunica direct despre problema dureroasă sau pentru a dezvălui un secret.



În stadiul terminal, de la a 9-a la a 12-a ședință, copilul tinde să deseneze:

- imagini care reflectă sensul stăpânirii de sine, al autocontrolului și valorizării;
- scene ce reflectă o imagistică pozitivă: absența războiului, violenței, luptei, distrugerii;
- simbolul central al sinelui (autoportret, forme de mandale);
- scene umoristice;
- tablouri ce reflectă deplasarea legăturii de atașament de la consilier către alte persoane.

Pentru a exemplifica modul în care poate fi folosită metoda desenului serial în cunoașterea și psihoterapia copiilor, vom prelua de la J.A.B. Allan două cazuri cu probleme severe de comportament în colectivitatea preșcolară și școlară. Exemplele se referă la doi copii, unul de 6 ani și celălalt de 7 ani, care proveneau din familii destrămate.

Băiețelul se mutase de 14 ori în viața lui, iar fetița era abandonată de mama sa, nemaiaivând nici un contact cu ea.

**Conținutul desenelor în stadiul inițial al consilierii.**

• **Desenele din acest stadiu ilustrează lumea internă a celor doi copii.** Băiețelul înfățișează camioane izbind mașini mici, omorând persoane, trecând peste benzile șoselei și făcându-se praf în casele de pe cealaltă parte a șoselei. Desenele fetiței prezintă întreaga lume „în flăcări”, vulcani peste tot, cutremure de pământ rupând lumea în bucăți, case aruncate în aer, oameni prinși în ele, rachete și bombe explodând. Tema centrală în ambele cazuri este devastarea și dezastrul.

• **Desenele reflectă sentimente de deznădejde.** Temele primelor trei desene sunt revelatoare pentru efectul traumei legate de incompetență, incapacitatea și insecuritatea copiilor provocate de adulții importanți ai vieții lor. Astfel, lipsa ajutorului transpare clar din desenele fetiței care se reprezintă prinsă într-un munte în timpul unui cutremur. Apar unele încercări rudimentare ale eroilor de a încerca să scape distrugerii sau să facă ceva pozitiv. Oricum, în această fază, forțele distructive sau negative câștigă întotdeauna.

Din comentariul copiilor rezultă că persoanele prinse, ies din munte, dar sunt ucise cu pietre, iar pe șoseaua desenată de băiețel, ciocnirile între mașini sunt neîntrerupte.

• **Desenele reprezintă un mijloc de stabilire a contactului inițial cu terapeutul.** Frecvent, copiii folosesc desenele pentru a începe să construiască o relație cu terapeutul. Băiatul a început să deseneze multe elicoptere și aeroplan, zburând peste șosea. Apoi el a desenat hărți și labirinturi și a încercat să provoace consilierul pentru a găsi ieșirea: „Pariez că nu știi cum se iese din labirint...” La rândul ei, fetița a continuat să-i ceară consilierului: „Poți ghici ce am desenat?” Părea că de fapt, în subtext, copiii întreabă: „Mă înțelegi? Știi ce mi s-a întâmplat? Ești destul de deștept ca să mă ajuți?” Fetița îi cerea totdeauna consilierului să-i scrie numele pe fața desenului.

În stadiul intermediar, de la a 5-a la a 8-a, desenele tind să ilustreze următoarele:

• **Expresia unei emoții în formă pură.** Este faza în care anumite sentimente dureroase sunt separate de celelalte sentimente și exprimate în forma pură. De exemplu, băiatul a continuat să deseneze autostrăzi, dar și-a simbolizat depresia lui prin desen: „camionul a dispărut într-o groapă mare, în mijlocul șoselei”. Fetița și-a exprimat intensitatea furiei printr-un desen ce înfățișa un uriaș revărsându-și mânia pe gură, iar într-o lucrare ulterioară a reflectat tristețea și mâhnirea ca „o armată a furnicilor care cară o lacrimă uriașă, într-un loc sigur, ca să poată fi spartă fără a răni pe cineva”.

• **O luptă cu sentimentele ambivalente.** Desenele următoare au arătat, deopotrivă forțe pozitive sau negative, coexistând ca egale. Astfel, într-un desen, apare un bușean prăbușindu-se la pământ, încărcat cu explozive, dar se previne omorârea în aer a mii de păsări. Într-un alt desen, un copac rău aruncă o sulită spre un erou, dar un om de zăpadă va pune repede un scut între acesta și sulită.

• **Adâncimea relației cu cel care ajută: consilierul.** Acesta apare acum într-un desen ca imagine a ajutorului, a salvatorului. Băiatul a desenat un om într-un elicopter care aduce butuci pentru a repara gropile din șosea, precum și provizii.

Fetița a desenat un uriaș binevoitor care salvează un băiat din inundația care a venit pe pământ, după foc.

• **Destăinuirea problemelor profunde.** Prin stabilirea relației terapeutice, copilul începe să aibe încredere în cel ce-i oferă ajutorul și împărtășește unele gânduri și sentimente profunde. Băiatul își definește starea „sunt trist” și vorbește despre supărarea lui în legătură cu dese schimbări de domiciliu, că i-a fost greu să-și facă noi prieteni, ca apoi să-i piardă și despre teama pe care o încearcă la noul cămin, grădinița, școala. Fetița a desenat un copil care a încercat să se sinucidă pentru că mama lui a plecat definitiv și a comentat că el încă se gândește la sinucidere câteodată. În acest moment important al terapiei, consilierul i-a spus: „Cred că atunci când mama ta a plecat de acasă a fost într-adevăr foarte dureros pentru tine, ca și în momentele în care îți doreai să mori ca să nu mai simți atâta durere. Îmi pare bine că îmi spui despre aceste simțăminte”.

**Stadiul terminal, de la a 9-a la a 12-a ședință**

Odată ce sentimentele cele mai adânci și dureroase au fost exprimate simbolic și destănuite verbal, ele tind să se miște repede spre rezolvare. Desenele tind să reprezinte:

• **Imagini ale stăpânirii, autocontrolului și valorizării.** Pentru băiat, traficul pe autostradă revine la normal, toate mașinuțele și camioanele vor merge lin, benzile șoselei nu sunt încălcate, reparația drumului e terminată; apar chiar turnuri de control pentru a păstra ordinea și a „ține un ochi atent asupra traficului”.

• **Manifestarea imageriei pozitive.** Nu mai sunt războaie, conflicte, explozii. Fetița desenează o scenă însoțită, cu arbori exotici și zâmbete pe toate fețele.

După o serie de desene în care apar elemente de umor, copiii desenează o linie. Tot acum apar și mandale, sub forma cercurilor, pătratelor sau triunghiurilor în jurul imaginii centrale. Treptat atașamentul se deplasează de la terapeut către alte persoane, lucru vădit în desene, după care copiii spun de obicei: „Nu mai vreau să vin aici” și terapia încetează.

Imaginile pozitive interioare au fost restabilite, iar problemele comportamentale nu au mai fost semnalate.

Din studiile cazuistice menționate mai sus rezultă valoarea incontestabilă a desenului serial, nu numai ca mijloc de evaluare a stărilor și problemelor copilului în dificultate, dar și ca un suport terapeutic de excepție. Atragem atenția însă, că utilizarea acestei metode este în primul rând de competența psihologului analist, cu formație de psihodiagnostician și consilier, a cărui prezență în orice instituție cu profil educațional este o necesitate. Desigur, pedagogii și educatorii pot apela la rândul lor la desene, ca mijloace promițătoare pentru semnalarea unor probleme ale copiilor, pentru exprimarea sentimentelor lor și stimularea comunicării nonverbale, dar nu trebuie să se hazardeze în a interpreta sau provoca discuții irelevante și chiar periculoase prin diletantism. Este bine ca ei să fie deschiși în a colabora cu specialiștii psihologi ai copilului, pentru ca împreună să găsească cele mai adecvate moduri de evaluare și asistență.

## **2. Alte mijloace expresive utilizate în psihoterapia copilului**

### **2.1. Fantezia**

Tehnicile fanteziei presupun folosirea întregului potențial imagistic și ele pot fi îmbinate sau nu cu desenul și mișcarea fizică. Analiza unei fantezii este o problemă foarte controversată. Se pare însă că pot avea loc schimbări semnificative fără producerea vreunui insight.

În psihoterapia copilului abundă ideile despre fantezie. Odată cu lansarea ideii stimulării emisferei drepte și interesului pentru educația umanistă s-a produs o proliferare a cărților care tratează astfel de subiecte.

Descriem în continuare câteva astfel de exerciții de fantazare, unele dintre ele regăsimu-se și în studiile de caz.

Un frumos exercițiu de fantazare, descris după Violet Oaklander (1988, p. 16) se numește „Lupta”.

Copilul își imaginează cu ochii deschiși că este un mic vapor în timpul unei furtuni puternice. „Încearcă să-ți imaginezi că tu ești unicul vapor și explică ceea ce simți. Vântul este puternic și încearcă să scufunde vaporul. Valurile îl izbesc cu putere. Vorbește-mi despre modul cum diferite părți ale corpului tău trebuie să se lupte cu furtuna.

Cum îți comunică diferite părți ale corpului tău dacă vei ieși învingător sau învins din furtună?

Pe neașteptate vântul a atacat pentru ultima oară micul vapor și apoi moare. Vaporașul a câștigat lupta!

Ce experiențe reale de viață ai avut tu, care să fie asemănătoare cu situația dintre vântul muribund și vaporașul învingător?

Imaginează-ți că tu ești micul vaporaș care tocmai a învins furtuna. Ce simți tu față de furtună?

Imaginează-ți că ești marea furtună care tocmai nu a reușit să scufunde vaporașul. Ce simți tu față de el?

Acum fă un desen despre tine însuși ca vaporaș într-o furtună“.

Din această situație imaginară se desprind informații valoroase despre locul copilului în lumea sa și cum face el față forțelor exterioare.

Un alt exercițiu care pune în evidență strategiile copilului de a face față obstacolelor este „fantezia zidului“ (I. Mitrofan, 1995): „Imaginează-ți că mergi pe un drum și pe neașteptate îți apare în față un zid. Ce faci tu în această situație? Cum îți apare zidul? Ce simți față de el?“

În fantezia „Peștera“ apar temerile și conflictele ascunse ale copilului.

„Imaginează-ți că te afli în fața unei peșteri. Peștera are o ușă mare în spatele căreia se află ceva care vrea să iasă. Mergi, deschide ușa și vezi ce se poate întâmpla“.

Acest gen de fantezii pot fi continuate cu dialog gestaltist astfel încât copilul să poată deveni conștient de trăirile sale.

Li se poate cere copiilor să-și imagineze că sunt animale și să se scoată sunete ca acestea. Apoi să vorbească despre animalul respectiv și să povestească o istorioară despre el.

## 2.2. Modelajul

Materialele pentru modelaj pot fi lutul, plastelina, aluatul, fiecare cu calități diferite.

Lutul oferă atât experiențe kinestezice, cât și tactile. Flexibilitatea și maleabilitatea lutului se potrivește unei varietăți de nevoi.

El pare să spargă adesea blocajele copilului, putând fi utilizat cu succes și de cei care au mari dificultăți în exprimarea sentimentelor. Copiii supărați pot exprima supărarea lor în lut în diverse forme. Cei care sunt nesiguri și fricoși pot simți un sentiment al controlului și stăpânirii de sine prin intermediul lutului. Copilul agresiv poate utiliza lutul pentru a-l lovi și sfărâma.

Un astfel de exercițiu cu lutul este următorul (C.J. Mills, J.R. Crowley, 1986, pag. 69):

*„Închide ochii și intră în spațiul tău interior. Simte lutul cu ambele mâini pentru câteva minute. Respiră de două ori profund. Acum eu doresc să faci ceva cu lutul, cu ochii închiși. Degetele tale încep să se miște.*

*Observă dacă lutul pare să dorească să urmeze propriul său drum. Sau poate că tu vrei ca el să urmeze drumul tău. Realizează o formă, o figură. Lasă-te să fii surprins de ceea ce se întâmplă. Vei avea doar câteva minute pentru a face asta. Când ai terminat, deschide ochii și privește la ceea ce ai realizat. Întoarce obiectul și privește-l din diverse părți și unghiuri.*

*Acum fii această bucată de lut. Tu ești lutul“*

În alte exerciții cu lutul, copilului i se spune să realizeze, cu ochii închiși, un animal, o pasăre, un pește, reale sau imagine sau ceva dintr-un vis, ceva ce i-ar place să existe sau să modeleze din lut: familia sa sau problema sa sau o imagine simbolică despre el însuși sau i se poate cere să facă o poveste, o scenă cu lutul său.

Limita de timp este de **trei minute pentru fiecare temă** și s-a constatat că aceasta elimină perfecționismul și adesea conduce la rezultate mult mai interesante decât timpul îndelungat.

Modelajul poate fi realizat de un singur copil sau în grup. În acest ultim caz, copiii pot lucra pe o singură bucată de lut sau pe propria lor bucată, asamblând apoi obiectele realizate.

## 2.3. Colajul

Colajul este realizat prin lipirea sau atașarea de materiale de o mare varietate pe hârtie sau pânză. Pot fi utilizate în colaj: hârtia de toate tipurile, variate texturi, lucruri moi și aspre, nasturi, poleială, celofan, cartoane de ouă, capace de sticlă, macaroane, fire de lână, frunze, coji, semințe de toate felurile etc. Se utilizează cu succes pozele decupate din reviste sau cărți, fotografiile.

Un colaj poate fi realizat în multe feluri similar cu pictura și jocul cu nisip.

Copiii pot povesti despre colajul în sine, își pot da un titlu sau despre procesul de realizare al colajului.

Colajul ajută la eliberarea imaginației și poate fi utilizat ca exprimare senzorială și emoțională.

## 2.4. Jocul cu nisip

Este o tehnică terapeutică de sorginte jungiană și simbolul joacă un rol important.

În activitatea sa terapeutică cu copiii și adolescenții Dora Kalff a descoperit analogii între copilărie și dinamismul integrării personalității descris de Jung ca principiul totalității.

Descriem în continuare cum apare jocul cu nisip în viziunea D. Kalff.

Ea utilizează o cutie de nisip cu dimensiuni limitate (57 x 72 x 7 cm); limitele sale acționând ca factor de reglare și de protecție pentru imaginația celui care se joacă. Jucăriile sunt de o mare diversitate, ele reproducând cam tot ce se poate să existe în jurul copilului.

**Jocul în nisip al uului copil poate fi interpretat ca o reprezentare tridimensională a unei situații psihice.** O problemă inconștientă se exprimă în cutia cu nisip, jucându-se acolo ca o dramă. Conflictul este transpus din viața internă a copilului în viața externă și devine vizibil pentru terapeut. Acest joc al imaginației dinamizează inconștient și acționează astfel asupra psihicului copilului.

Terapeutul interpretează pentru el însuși simbolurile apărute în seria de jocuri cu nisip și în unele cazuri, jocurile sunt explicate copilului prin raportarea în situații cotidiene de viață, în termeni ușor de înțeles.

Grație exteriorizării sale prin joc, problema internă a devenit vizibilă și evoluția psihică face un pas înainte. Pe de altă parte, structurile jocului și detaliile sale furnizează terapeutului liniile directoare pentru tratament.

Dora Kalff consideră că, adesea, primul joc lămurește deja situația; el conține, înlăuntrul simbolului, țelul de atins: **realizarea sinelui**. După aceea, sunt eliberate energii noi pentru a duce la dezvoltarea sigură a eului.

## 2.5. Realizarea de povești și povestiri

Crearea poveștilor este o practică de primă importanță în psihoterapia copilului. Utilizarea lor în terapie implică: realizarea poveștilor de către terapeut și povestirea lor copiilor; copiii realizează povești; utilizarea unor lucruri care să stimuleze poveștile cum ar fi picturile, testele proiective, marionetele, desenatul, jocul cu nisip; deschiderea către fanteziile interioare sau utilizarea mijloacelor video sau audio, microfon de jucărie sau un set TV imaginar.

Din poveștile pe care le realizează copilul, terapeutul este capabil să faciliteze insighturi asupra conflictelor, frustrărilor sau mecanismelor de apărare ale copilului.

Se consideră că poveștile copilului sunt mai ușor de analizat decât visurile, asociațiile libere și alte producții ale adultului.

Problema principală a terapeutului de copii ar fi cum să utilizeze insighturile sale terapeutice.

Dr. Richard Gardner a creat „*tehnica mutuală a realizării de povești*“ (apud Oancea, 1989, pag. 211).

El cere mai întâi copilului să povestească o istorioară și este atent la atmosfera și cadrul povestirii, reacțiile emoționale ale copilului atunci când spune povestirea, determină figura sau figurile care-l reprezintă pe copil sau corespund persoanelor semnificative din mediul său. Apoi Gardner spune propria sa poveste pornind de la aceleași personaje, atmosferă și soluții inițiale ca și în povestirea copilului dar oferă o rezolvare mai potrivită la cele mai importante conflicte. Fiecare poveste se termină cu o lecție sau o morală derivată din situația poveștii. Se încearcă astfel să i se ofere copilului mai multe alternative.

Terapeutul trebuie să deschidă noi căi neluate în considerare în schema de gândire a copilului.

Copilul trebuie ajutat să devină conștient de multitudinea de opțiuni care sunt disponibile să înlocuiască pe cele înguste, autodistructive, care au fost alese de el.

Și **basmele și legende** oferă un material foarte bun de lucru cu copiii. Ele se referă la emoțiile universale de bază: dragoste, ură, frică, furie, singurătate, sentimente de izolare și de a fi fără valoare.

Au fost publicate numeroase lucrări cu privire la structura, semnificația și valoarea educativă a poveștilor. Una dintre cele mai cunoscute este cartea lui B. Bettelheim (1976) „Psihoanaliza poveștilor cu zâne”.

Autorul este de părere că basmele se adresează „eu-lui fraged” al copilului și favorizează dezvoltarea sa, totodată eliberând presiunile inconștiente și preconștiente. Tărâmul basmelor îi dezvoltă copilului capacitatea de a-și construi și verbaliza trăirile și proiecțiile, fără să-l primejduiască, nici esențial, nici etic.

Copilul are nevoie „de ceva” care să-l facă să vadă toate avantajele unui comportament conform cu morala nu prin intermediul preceptelor etice clasice, ci prin spectacolul „aspectelor tangibile ale binelui și răului” care iau atunci pentru el toată semnificația lor. El poate să învețe prin basme „că lupta contra gravelor dificultăți din viață este inevitabilă și face parte intrinsecă din existența umană, dar că în loc de a se ascunde, el trebuie să înfrunte în mod ferm încercările neașteptate și adesea injuste, trebuie să vină de hac tuturor obstacolelor, sfârșind prin obținerea victoriei” (op. cit., 1976, pag. 24).

Ch. Vandenplas-Holper (1993) evaluează calitățile poveștilor pentru copii în vederea stimulării socio-emoționale.

Se urmărește analiza poveștilor în funcție de structura și conținutul lor în vederea deprinderii problemelor pe care le abordează personajele prezente în poveste, care sunt valorile pe care acestea le vehiculează și cu care lectorul sau auditorul sunt confrunțați în final, modul în care poate folosi terapeutul aceste povești în vederea stimulării socio-emoționale a copilului.

Modul de folosire al poveștii ar fi următorul: copilului cu o anume tulburare socio-emoțională i se citește o poveste ce abordează o temă care să-l ajute să iasă din situația sa.

De exemplu, unui copil care este fricos și nu are încredere în forțele proprii i se spune o poveste în care eroul este învingător, se caracterizează prin curaj și nu are nevoie de ajutoare exterioare în atingerea scopului. Se așteaptă ca micuțul să se identifice cu personajul principal din poveste și să încerce să-l imite.

## 2.6. Metafora terapeutică

### a. Poveștile metaforice

Un element pe care, atât metafora literară cât și cea terapeutică o au în comun este **corespondența** (Jaynes, 1976): „Noi trebuie să fim capabili să experimentăm o sincronie imediată între o metaforă și referentul său”.

În metafora literară, corespondența dintre metaforă și „referentul” său trebuie să fie suficient de strânsă ca să evoce simțul unei familiarități imagistice: cititorul trebuie să fie condus în interiorul unei bogății a imaginii, oricât de străină sau îndepărtată ar fi experiența descrisă.

În timp ce descrierea este funcția principală a metaforei literare, țintele metaforei terapeutice sunt **modificarea, reinterpretarea, remanierea**.

Metafora terapeutică trebuie să evoce atât familiaritatea imagistică a metaforei literare, cât și familiaritatea rațională bazată pe o înțelegere a experienței personale.

Povestea, însăși personajele, evenimentele, locurile, trebuie să vorbească despre viața obișnuită a celor ce o ascultă și ea trebuie să aibă un limbaj care să fie familiar.

Pentru a funcționa în sens terapeutic, este necesar să se creeze ceea ce Rossi numea „porțiuni de realitate fenomenologică”, în care lumea creată prin metafora terapeutică este experimentată de către copil. Aceasta creează trei căi de relaționare empatică între copil, terapeut și poveste, care îi dă posibilitatea copilului să se identifice cu personajele și evenimentele descrise. Acesta este sentimentul identificării care conține **puterea transformatoare a metaforei** (Gordon, 1978).

Copilul trebuie să creeze o **punte de conectare personală între sine și evenimentele din poveste**. În metafora terapeutică aceasta este facilitată prin reprezentarea problemei copilului suficient de exact astfel încât el să nu se mai simtă singur și suficient de indirect să nu se simtă stânjenit, rușinat sau rezistent. Odată cu identificarea este stabilită între copil și poveste sentimentul de izolare al copilului din jurul problemei sale („*Nimeni nu are problema mea*”) este înlocuit cu un sentiment al împărțirii experienței („*Ei au o problemă ca a mea*”). Totuși conectarea dintre problema metaforică și problema copilului rămâne insuficient conștientizată, aceasta fiind fina delicatețe a metaforei terapeutice.

Întrebându-se cum poate crea cineva părți de realitate fenomenologică prin care metafora terapeutică obține aceste efecte, J. Mills și R. Crowley (1986) au pornit de la studierea componentelor basmelor. Ei consideră că basmele sunt un exemplu excelent despre cum metafora poate fi utilizată atât literar cât și terapeutic. Într-un mod sau în altul, multe basme clasice:

1) Stabilesc o temă globală a conflictului metaforic în relație cu protagonistul.

2) Personifică procese inconștiente în forma eroilor sau salvatorilor (reprezentând abilitățile și resursele protagonistului) și ticăloșii sau obstrucționări (reprezentând fricile și credințele negative ale protagonistului).

3) Personifică situațiile de învățare paralele, în care protagonistul este victorios.

4) Prezintă o criză metaforică în interiorul unui context de rezolvare inevitabilă, în care protagonistul își învinge sau rezolvă problemele.

5) Dezvoltă un nou sentiment al identificării cu protagonistul ca rezultat al victoriilor sale „*călătorii eroice*”.

6) Culminează cu o sărbătoare în care este recunoscută vitejia protagonistului” (op. cit. 1986, pag. 65).

Metaforele terapeutice pot fi create prin diverse strategii: prelucrând teme din poveștile populare sau cele S.F., povești originale bazate pe motive din basme și povești originale bazate pe propria imaginație a copilului și a terapeutului.

O altă sursă bogată de creare a metaforelor este experiența din viața reală.

Terapeutul solicită și utilizează experiențe pozitive ale copilului — hobby-urile sale, filmele, personajele din desenele animate, tovarăși de joacă, animale, evenimente, amintiri care au avut efect benefic. Aceste asociații plăcute pot funcționa ca „bilet de intrare” în lumea **resurselor interne** ale copilului. De asemenea, ele ajută formarea „structurii cadru” (Brink, 1982) a metaforei, utilizând scene, activități și evenimente familiare copilului.

### b. Metafora artistică

O altă aplicare a metaforei terapeutice ce se alătură utilizării poveștilor metaforice, integrând sistemele senzoriale și evocând schimbarea inconștientă o constituie metafora artistică.

Metafora artistică utilizează strategii de desenare, jocuri din carton, create de către copil și dând o altă dimensiune experienței terapeutice.

Atât metafora povestirii cât și metafora artistică se focalizează în special pe integrarea funcționării creierului drept și stâng pe nivele conștiente și inconștiente prin abordări multi-senzoriale. Deoarece metafora artistică implică utilizarea obiectelor în spațiu este atât multi-senzorială cât și tridimensională. Aceasta ajută mesajul terapeutic să se exprime în termeni tangibili, fizici. Se transmit astfel într-o expresie exterioară sentimentele și senzațiile interioare și în același timp mintea inconștientă poate exprima și rezolva problema copilului pe calea reprezentărilor conștiente.

O să ne referim în continuare la două din metaforele artistice descrise de J. Mills și R. Crowley în cartea lor „Metafore terapeutice pentru copii și copilul interior.” (1986).

Metafora „Cum să faci față mai bine suferinței” (1986, pag. 174) a fost creată pentru a-i ajuta pe copii să facă față durerii fizice. Scopul său este de a furniza un instrument artistic prin care (1) senzațiile dureroase pot fi obiectivate și (2) în același timp se poate avea acces la resursele interioare. Această tehnică, folosită ca adjuvant în demersul diagnosticului și tratamentului medical nu este utilizată să mascheze durerea, ci mai degrabă să o controleze, slăbească sau ajută copilul să se disocieze de ea.

Ea presupune trei pași simpli în care copilul este pus să deseneze:



- 1) Cum apare durerea chiar acum;
- 2) Cum apare starea de bine (lipsa durerii);
- 3) Cine poate să ajute primul desen să se transforme în al II-lea desen.

Aceste desene servesc mai multor scopuri.

În primul rând, ele îl pot ajuta pe copil să se disocieze de durere prin transformarea ei într-o imagine pe hârtie. Rolul încercării de a aduce o imagine vizuală a durerii activează „nivelul secund al conștiinței” (Rossi, 1972) care-l ajută pe copil să se deconecteze de la simțul durerii.

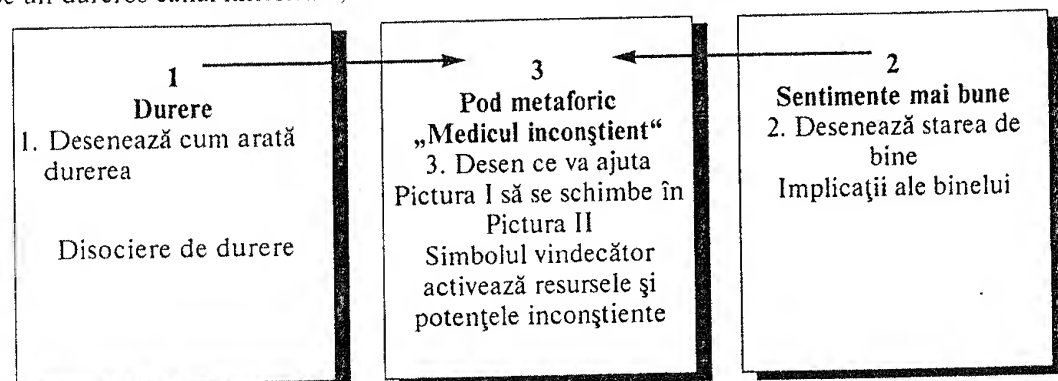
Al doilea scop este acela că redarea durerii într-o imagine tangibilă dă copilului un sens al cunoașterii care este în relație cu sensul mișcării de la necunoscut la cunoscut. Acesta este un pas important în a ajuta copilul să câștige un simț al controlului durerii.

Al treilea scop al desenării este de a ajuta să se manifeste sistemul senzorial care este nefolositor de către copil. Copilul bolnav este blocat pe un dureros canal kinestezic,

Toată atenția copilului este în mod obișnuit centrată pe sentimentul de a fi bolnav. Desenaarea modului cum arată durerea ajută să se activeze alte părți ale creierului, care difuzează atenția și furnizează o bogăție de resurse prețioase.

Al patrulea scop al desenării este unul al puterii de implicare. Prin a-i cere copilului să deseneze cum arată o stare de „mai bine” terapeutul sugerează că „mai bine” există.

Când copilul înțelege și începe să deseneze, acțiunea sa semnifică că „mai bine” este de asemenea o realitate potențială. Începe acum să construiască un „pod” metaforic de la disconfort la confort, utilizând propriul său „medic inconștient”. Acest pod este produs în interiorul celui de-al doilea desen și apoi devine real și concret în al treilea desen, care descrie în mod simbolic abilitățile și resursele copilului pentru a-l actualiza.



O altă metaforă artistică creată de J. Mills și R. Crowley este „Terapia prin desen animat”. Ei pornesc de la ideea că personajele din desenele animate și aventurile lor sunt *ipso facto*, simboluri puternice pentru mulți copii și de aceea ele pot fi utilizate cu ușurință ca alternativă metaforică pentru lucrul cu fricile, anxietățile, conflictele copiilor.

„Terapia prin desen animat” poate fi utilizată în conjuncție cu orice altă intervenție terapeutică.

Astfel, personajul favorit din desenele animate poate fi încorporat într-o povestire metaforică, desenat sau decupat ca scop sau ajutor în „jocul panoului resurselor”, transpus într-o marionetă în „jocul magic al marionetelor”

sau desenat ca parte din „desenul resurselor interioare”.

La nivelul conștient, personajele din desenele animate pot deveni importanți prieteni imaginari ce acompaniază pe copil în cabinetul doctorului (Gardner și Ohness 1981) sau dând copilului suport emoțional în relația cu „teroarea” școlii sau ajutându-l să facă față coșmarurilor.

La nivel inconștient, ajutoarele din desenele animate simbolizează forțele și resursele interioare ceea ce explică atracția copilului pentru un anume personaj.

De exemplu, în cazul unui copil cu coșmaruri, tehnica terapeutică ar putea decurge astfel:

- 1) Desenează cum arată coșmarul;
- 2) Desenează ce personaj din desenele animate te-ar putea face să te simți în siguranță;
- 3) Cum poate arăta starea ta de mai bine”.

## 2.7. Marionetele

Este mai ușor pentru copil să vorbească prin intermediul marionetei care spune în mod direct de ceva ce lui îi vine greu să exprime. Marioneta implică detașare și copilul se simte în siguranță să releve ceva din intimitatea sa în acest mod.

Ca și alte materiale artistice, marionetele servesc atât în scop diagnostic, cât și în terapie. În terapie ele pot fi utilizate în diferite moduri: în exerciții conduse de terapeut, spontan în timpul terapiei sau în teatrul de marionete. Mai jos descriem câteva dintre acestea (J. A. Malarewicz, 1992, pag. 105).

Îl se poate cere copilului să aleagă marioneta și să fie vocea marionetei: „Spune de ce ai fost aleasă”. Apoi copilul vorbește prin „intermediul marionetei despre sine.”

Copilul alege una sau două marionete care-i amintesc de el sau de cineva pe care-l cunoaște.

În orice situație, terapeutul sau un alt copil sau chiar grupul îi poate pune marionetei orice tip de întrebare.

Un alt exercițiu de interacțiune este următorul:

- În timp ce restul grupului privește, copilul și terapeutul sau doi copii aleg câte o marionetă și acestea comunică nonverbal una cu alta.

Sau:

- Un copil alege două marionete și ele interacționează nonverbal, apoi verbal, în timp ce restul grupului privește.

Marionetele introduc alte marionete sau alți copii.

Se constată cum copiii se exprimă mult mai ușor prin intermediul marionetelor și chiar comunică mai ușor cu marioneta aleasă de terapeut decât cu terapeutul însuși (mai ales copii mici).

În teatrul de marionete copiii povestesc istoria lor prin intermediul marionetelor.

Tema poate fi aleasă de către copil sau de către terapeut, care se bazează în alegere pe o anumită situație problematică în viața copilului sau poate realiza un spectacol vesel doar de dragul distracției.

Se folosește o varietate de marionete: un bărbat, o femeie, un cuplu de fete, un cuplu de băieți, un diavol, o vrăjitoare, un crocodil, un tigru, un bebeluș, un rege, un câine și multe animale și păpuși ce pot fi folosite ca marionete. Pot fi de ajutor adăugarea: unei păpuși-doctor, un lup, unele figuri de buniți, un polițist, un șarpe.

Copiii nu numai că pun în acțiune situațiile de viață prin intermediul diferitelor marionete dar ei le identifică cu ușurință cu variate „părți” din ei. Uneori, prin jocul marionetelor, ei sunt capabili să-și rezolve conflictele interioare mai bine și să le echilibreze și să integreze multe aspecte din ei înșiși.

## 2.8. Terapia prin joc

Jocul continuă să fie una din căile principale de lucru cu copiii în terapie. El ajută la realizarea raportului necesar dintre terapeut și copil și poate fi un bun instrument diagnostic.

Poți observa la copil când se joacă multe lucruri despre maturitatea, inteligența, imaginația și creativitatea sa, organizarea cognitivă, orientarea în realitate, volumul atenției, abilitățile de rezolvare a problemelor, modurile de a intra în contact și așa mai departe. Copilul poate de asemenea să se joace evitând să-și exprime sentimentele și gândurile.

Psihanalista M. Klein privește jocul ca un tip de reprezentare simbolică a fanteziei inconștientului și-l interpretează ca atare.

Waelder declară că jocul aduce copilului oportunitatea de a asimila treptat ceea ce în viața reală ar putea fi dificil să integreze; iar Erickson numește jocul „calea regală de înțelegere a eforturilor ego-ului infantil la sinteză”.

Se consideră chiar că jocul este forma copilului de auto-terapie, prin care lucrează adesea asupra confuziilor, anxietăților și conflictelor sale.

În terapie, jocul se poate realiza în același mod cum se utilizează o poveste, un desen, o scenă din jocul cu nisip, un spectacol cu marionete sau un joc dramatic improvizat.

Violet Oaklander ne împărtășește în cartea sa „*Gestaltterapia la copil și adolescent*” manierele în care utilizează jocul în cadrul terapiei (1988, p. 60).

„Observ procesul copilului. Cum se joacă el, cum se apropie de materiale, pe care le alege, pe care le respinge? Care este stilul său general de joacă? Este organizat sau dezorganizat? Care este paternul său de joc?”

Observ conținutul jocului în sine. Se joacă el după anumite teme? Agresiune? Îngrijorare? Există o seamă de accidente de mașini, de avioane?

Observ modurile de contact ale copilului. Realizează el un bun contact cu sine și cu jocul când se joacă? Realizează contact între obiecte? Intră oamenii, animalele, mașinile în contact unele cu altele? Se privesc, vorbesc unele cu altele?”

Terapeutul poate direcționa conștientizarea copilului asupra procesului jocului și contactului din joc. Îi poate spune: „Pari să fii cam lent”; „Nu te-am observat niciodată să le atingi”; „Acest avion este singur”.

Dacă partenerul se repetă în timpul jocului terapeutul poate direcționa întrebările către viața copilului. Îl poate întreba: „Îți plac lucrurile ordonate acasă?”, „Îți murdărește cineva camera ta?”

I se poate cere copilului să se oprească la orice punct al jocului și să-l repete, să accentueze sau exagereze acțiunea sa.

Sau i se poate cere să se identifice cu orice om, animal, obiect și apoi se aduce situația înapoi la copil și la viața sa.

„Te-ai simțit vreodată ca această maimuță?”

„Te-ai simțit vreodată îngrămădit?”

„Te-ai aflat vreodată într-o luptă ca acești doi soldați?”

Se produce un nivel de integrare tocmai prin exprimarea situațiilor, sentimentelor, anxietăților, în mod deschis. Integrarea se produce atât prin exprimarea deschisă, ce poate fi simbolică sau directă, cât și prin experimentarea de către copil a situației de joc în siguranță, într-o atmosferă permisivă.

### 9. Dramaterapia

Dramaterapia este o formă de psihoterapie a copilului în care spontaneitatea jocului dramatic

ca și intervențiile terapeutului ajută copilul să se exprime, să înțeleagă și să lucreze asupra conflictelor sale, să producă insight-ul și schimbarea. Prin utilizarea mijloacelor expresive cum ar fi păpuși, marionete, material senzorial, jucării care evocă imagini nonverbale și schematice, copii cu tulburări sunt ajutați să ajungă la învoială cu dificultățile lor.

R. Gardner, creatorul „tehnicii povestirii mutuale” a observat cum în timpul povestirii, copiii doreau în mod spontan să gesticuleze, să întoneze, să joace anumite roluri și cum într-adevăr, dramatizarea sporește eficacitatea tehnicii.

El crede că terapeutul însuși trebuie să aibă libertatea de a se rostogoli pe podea, să imite diferite animale etc. **Terapeutul trebuie să poată juca mai multe roluri în același timp și să aibă capacitatea de a fi simultan actor, regizor, scenarist, coregraf.**

Dramatizarea îmbogățește comunicarea terapeutică și poate servi la antrenarea copilului în tratament. În acest caz, importantă nu este în primul rând transmiterea mesajului verbal, cât mai ales stimulii nonverbalii (fizici, kinestezici, vizuali, tactili, olfactivi și uneori gustativi). „Astfel, expunerea multisenzorială sporește semnificativ șansele ca terapeutul să fie auzit și ajutat ca să fie recepționat mesajul” (Schattner, Courtney, 1981, p. 211).

În dramele creative, copiii pot dezvolta o conștiință totală de sine-corp (prin mișcările corporale și expresia facială), simțuri, imaginație, intelect). **Ei joacă părți din ei înșiși și pe măsură ce joacă devin mai conștienți de ei înșiși, mai implicați, mai reali.** Activitatea jocului dramatic servește de asemenea să transmită ideile și fanteziile ascunse. În **dramaterapia de tip gestaltist sunt prezente exercițiile de conștientizare senzorială, pantomima și la un nivel mai înalt improvizațiile dramatice în care intervine și limbajul verbal.**

Se consideră că pantomimarea simplelor imagini senzoriale utilizând expresiile vocale și mișcările corpului în afara cuvintelor-intensifică conștientizarea senzorială. La un nivel mai complex pantomima poate implica exprimarea acțiunii și interacțiunii prin intermediul mișcărilor corporale, comunicarea sentimentelor și dispozițiilor, dezvoltarea personajelor, jucarea unei povești, totul în afara cuvintelor.

Copiii care au participat deja la mai multe experiențe pantomimice vor adăuga cu ușurință limbajul verbal în jocul dramatic.

Terapeutul poate observa cum își utilizează copilul corpul, observă rigiditatea sau ușurința mișcărilor. Vede astfel în mod clar încercăturile copilului, ariile în care dezvoltarea sa a rămas în urmă, nevoile sale.

Sunt importante, în aceeași măsură, atât procesul jocului dramatic, organizarea și desfășurarea sa, cât și conținutul ce reiese din joc.

La terminarea unor exerciții dramatice creative îl putem întreba pe copil despre ceea ce s-a întâmplat, ce a fost pentru el, ce simte el acum etc.

Violet Oaklander gândește însă că experiența în sine determină schimbarea nu discuția. „Copilul experimentează diferite situații în joc, conștientizează diferite părți din ei, într-un mod ce poate fi dificil să-l exprime în cuvinte”. (op. cit., p. 40).

**Jocul de rol direct și inversarea rolurilor** sunt tehnici dramatice ce pot fi utilizate în terapia copilului. În prima situație copilul se joacă pe sine (își joacă propriul rol) față de o altă persoană care joacă un alt rol.

În a doua situație, eroul dramei joacă rolul celui care i se opune în viața reală. Astfel, se produce rapid și eficient conștientizarea, copilul se vede pe sine cu ochii altora și învață să se pună în situația altuia.

În gestaltterapie este prezentă **tehnica scaunului gol**. Ea a fost creată de Fritz Perls ca un mijloc de provocare a unei conștientizări importante și mai multă claritate în munca terapeutică. Se lucrează atât asupra situațiilor prezente, cât și a celor neterminate din trecut și a celor proiectate pentru viitor, toate fiind aduse în „aici și acum”.

Pe scaunul gol pot fi puse diferite persoane din viața copilului, părți din personalitatea sa sau simboluri ale cuiva. Tehnica scaunului gol este un ajutor în clarificarea unei sciziuni și polarități din personalitate, o clarificare care este esențială în procesul de centrare.

Perls a creat jocul „câinele de sus” și „câinele de jos” utilizabil și în terapia copilului, în care pacientul joacă pe rând cele două părți ale eului aflate în opoziție, prezentând și argumentând punctele lor de vedere.

Tehnica poate merge mai departe, pacientul proiectând în pozițiile 3, 4, 5 alte părți ale eului său. Astfel, aflat în poziția 3, el își comunică impresia pe care i-a făcut-o dialogul dintre pozițiile 1 și 2 și ce gândește și simte despre situațiile create.

Cu cât înaintează în pozițiile 4, 5 și chiar 6 pacientul exprimă remarci și impresii ce sporesc în conștientizare și obiectivitate.

Acest exercițiu al metapозиțiilor nu numai că determină un echilibru interior mai bun, ci îți pune în valoare capacitatea imaginativă și îți oferă conștientizarea faptului că poți aborda o problemă din multiple poziții, efectul imediat fiind activarea resurselor interioare.

În sistemul terapeutic al lui Pearls se pune un accent important și pe **analiza viselor**. „diferitele părți ale visului nu sunt altceva decât părți ale personalității noastre”.

În general, **visele servesc o varietate de funcții pentru copii**. Ele pot fi expresia anxietății — lucruri care-l neliniștesc. Ele pot exprima sentimente pe care copilul se simte incapabil să le exprime în viața reală. Ele pot descrie dorințe, trebuințe, fantezii, întrebări și curiozități, atitudini.

În gestaltterapie scopul este de a-l ajuta pe copil să învețe despre el însuși și viața sa prin intermediul viselor sale.

Copilul poate juca diferite părți din vis, sau să se angajeze în dialog sau să descrie cadrul visului. Terapeutul trebuie să fie atent la respirația copilului, la postura copilului, expresia facială, gesturi, inflexiunile vocii. Însă el **nu analizează și nu interpretează visul**. Numai copilul singur poate deveni conștient de ceea ce visul încearcă să-i comunice.

### 3. Demers expresiv-gestaltist în psihoterapia copilului. Studii de caz

Experiența noastră ne-a condus la câteva observații relevante de cazuri clinice în care am aplicat tehnici de psihoterapie expresivă și gestaltterapie (E. O. Vladislav, 1996-1997).

În primul rând, au interesat motivele pentru care copilul este îndrumat spre psihoterapie.

Copiii, aflându-se aproape întotdeauna într-o poziție de strictă dependență față de părinți, școală sau autorități, nu se prezintă spontan la consultații, ci sunt aduși de către alții, în urma unui șir de incidente, conflicte latente sau manifeste. Puțini părinți solicită ajutor psihologic pentru copiii lor în cazul când aceștia prezintă ușoare elemente simptomatice în comportament. Cei mai mulți se îndreaptă spre cabinetul de psihoterapie atunci când situația începe să fie foarte dificilă, uneori insuportabilă, atât pentru copil, cât și pentru părinți. Chiar dacă părinții nu sunt direct afectați de comportamentul copilului, ei trăiesc discomfort, anxietate sau simt că trebuie să facă ceva în această privință.

Uneori părinții își aduc copiii la terapie pentru că aceștia au suferit incidente traumatiche (abuz, molestare, accident, moartea sau îmbolnăvirea cuiva drag) și doresc să fie siguri că sentimentele trăite de către copii nu-i vor copleși și nu vor avea efect negativ pe termen mai lung.

Cei care îndrumă adesea copiii spre psihoterapie sunt medicii care selectează cazurile ce au nevoie de ajutor psihologic.

Doar în mod ocazional copiii se adresează ei înșiși psihologului și ei sunt mai ales adolescenți.

Din interesul preliminar, atât cu părinții, cât și cu copilul și din evaluarea psihologică am desprins obiectivele demersului terapeutic. Tehnicile expresive folosite în procesul terapeutic releva permanent noi informații cu privire la pacient. De aceea, obiectivele se pot modifica pe parcursul procesului terapeutic.

Inițial, am desprins trei tipuri de obiective:

- din perspectiva părintelui;
- din perspectiva copilului;
- din perspectiva terapeutului.

În integrarea și aprecierea informațiilor despre tulburarea copilului, am ținut cont de remarcă lui L. Kanner ca diverse manifestări „anormale” descrise de către părinți în plângerile lor, nu reprezintă de fapt simptome strict obiective pe care trebuie să le luăm ca atare, ci descrieri încărcate de un mare grad de subiectivitate. Manifestări ca obrăznicia, irascibilitatea, agresivitatea și nesupunerea nu reprezintă întotdeauna veritabile manifestări dizarmonice ale copilului, ele sunt de cele mai multe ori expresia unei relații necorespunzătoare între părinți și copil.

De aceea, expectațiile și dorințele părinților constituie doar o parte a obiectivelor procesului terapeutic.

Pentru copii, aducerea la cabinet semnifică de cele mai multe ori un moment de mare tensiune, de criză, ei fiind prezentați ca „vinovați” în fața autorității. Această poziție de dependență, de inferioritate, de culpabilitate și teamă de măsuri neplăcute, generează o serie de manifestări de intensitate variabilă cum ar fi plânsul, refugiul în tăcere, aroganța sau conformismul exagerat.

A fost necesar să creăm o atmosferă caldă, empatică, în care i-am ajutat pe copii să-și expună problema din punctul lor de vedere, să-și exprime sentimentele, gândurile și credințele față de aceasta situație. Printr-un dialog cald, suportiv și prietenos, în care copilul simte că este acceptat și valorizat, se desprind obiectivele terapiei, așa cum apar ele din perspectiva copilului.

Știut fiind faptul că terapia psihologică presupune existența relației între terapeut și client, a fost necesar ca prin dialog să reiasă scopurile și obiectivele comune care să ghideze întâlnirile terapeutice dintre mine și copil.

Obiectivele terapeutice din perspectiva mea ca terapeut au decurs pe de o parte din poziția teoretică pe care mă situez și pe de altă parte, din analiza datelor obținute din anamneză, interviul preliminar și diagnosticul psihologic. Am constatat că între cele trei tipuri de obiective există grade diferite de apropiere și depărtare, ele tinzând să se apropie din ce în ce mai mult pe măsură ce se avansează în procesul terapeutic.

În studiile de caz de mai jos prezentăm strategia și demersul terapeutic, motivând alegerea diferitelor tehnici, precum și efectele obținute, ilustrând cu secvențe din dialoguri și desene ale copilului.

Secvența finală a studiului de caz va fi acordată discutării câștigurilor terapeutice. Se poate vorbi de efecte de suprafață, direct observabile și manifeste în comportamentul copilului și efecte de profunzime cu acțiune latentă, la nivelul dezvoltării personalității acestuia și care se instalează abia după un oarecare interval de la sfârșitul curei terapeutice.

Principalul câștig, înregistrat în toate cazurile clinice asistate, este îmbunătățirea capacității de exprimare și conștientizare a trăirilor interioare, câștig implicat chiar de folosirea tehnicilor expresive și gestaltiste.

### 3.1. Studiu de caz (un tic vocal sau tuse „psihogenă”?)

Andrei are 9 ani, este clasa a III-a și a fost adus la cabinet de către mama lui din cauza unui tic ce apărea ca o tuse deranjantă pentru el și pentru cei din jurul lui (familie și colegii de școală).

Acest tic apăruse în urmă cu două luni după o răceală și nu a fost descoperită nici o cauză somatică în urma analizelor.

Din anamneză reiese că părinții au divorțat în urmă cu trei ani, Andrei asistând la multe certuri dure între părinți. Tatăl era alcoolic și își molesta soția. În prezent părinții sunt iarăși în proces pentru că tatăl îl pretinde pe Andrei.

Băiatul este foarte speriat de perspectiva de a locui cu tatăl său și trăiește momente de panică ori de câte ori acesta dă telefon.

Andrei mai are o soră mai mică cu trei ani pe care nu o poate suferi pentru că i se pare că seamănă fizic cu tatăl. Copiii sunt în permanent conflict și mama are tendința de a-l proteja mai ales pe băiat pentru că este „bolnav”.

În intervalul preliminar, Andrei mi-a spus că el tușește ca să-și dreagă vocea. Simte o presiune în gât care-l apasă și atunci nu mai poate vorbi. El uită ce a vrut să spună înainte să apară tusea și spune, adesea, anumite lucruri „când nu trebuie”.

El are tendința de a vorbi încet și prezintă unele dificultăți de exprimare și de comunicare. La școală are rezultate bune, fiind un copil cu intelect peste medie și silitor.

Din „desenul omului” reiese că este fixat pe mamă și pe trecut, este introvertit, egocentric, activ și imaginativ. Desenul mai indică și tendința de a fi impulsiv, nevoia excesivă de securitate afectivă și nevoia unui suport solid.

Un prim obiectiv al demersului terapeutic ținând cont de situația familială tensională ce nu poate fi încă rezolvată, a fost acela de a-l ajuta pe Andrei, prin tehnici expresive, să-și exprime sentimentele și poziția sa față de tic, iar prin lucrul imaginativ pe metaforă și simbol am intenționat să-l ajut să se deschidă spre noi căi de rezolvare a conflictului interior.

În prima ședință l-am rugat să-și deseneze simptomul, motivul pentru care i-a apărut, cum apare gâtul lui atunci când are tusea și cum apare atunci când acesta va dispărea, precum și cine îl ajută să scape de tensiunea din gât.

A desenat o pată galbenă ca o floare cu cinci petale care spune că îi acoperă corzile vocale atunci când apare tusea. Simptomul este provocat de două mâini de bărbat, care-i blochează gâtul și nu-l lasă să vorbească. Cea care îi vine în ajutor este o mână bună care se luptă cu mâinile (și ea îl scapă pe Andrei de tensiunea din gât (v. figura 1).

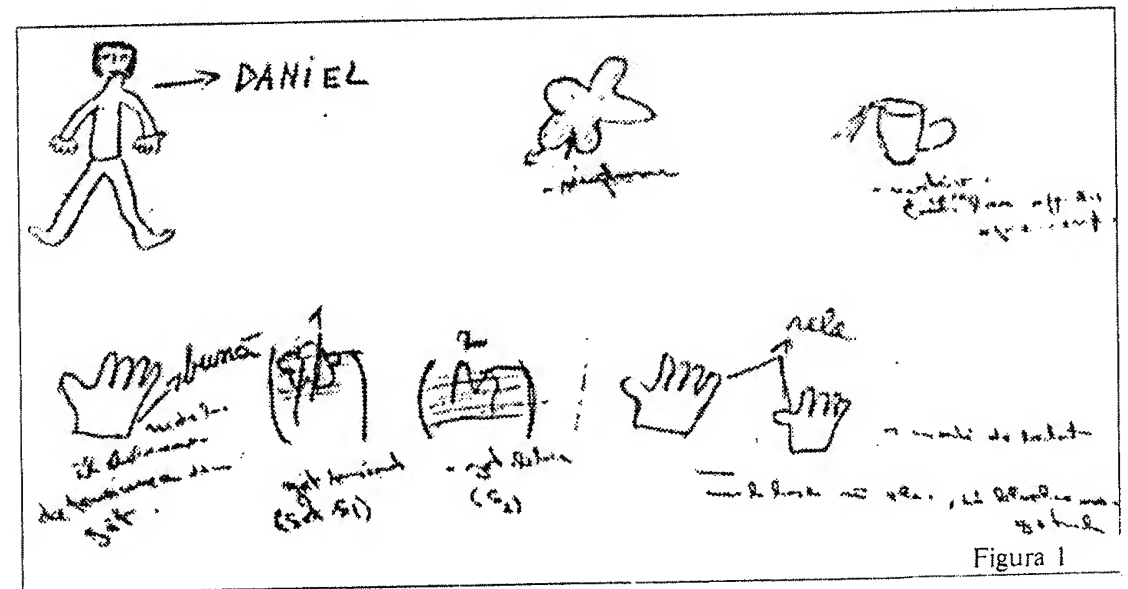


Figura 1



Am folosit o tehnică de fantazare rugându-l pe copil să închidă ochii, să intre în spațiul său interior și să-și imagineze lupta dintre cele trei mâini. El descrie foarte implicat și nuanțat această bătălie și spune că mâinile rele sunt închise într-un pătrat în interiorul gâtului (camerele lor) și prin faptul că trag de colțurile pătratului se formează simptomul.

I-am sugerat să-și imagineze o lumină albă care vine și mângâie mușchii gâtului ajutându-i să se destindă. Aceasta vine în ajutorul mâinii bune.

După ce și-a imaginat acest lucru, băiatul a

semnalat apariția unor „lumini negre” pe care l-am sfătuit să le ignore.

Întrebându-l ce s-ar întâmpla dacă ar învinge mâinile cele rele, Andrei mi-a spus că el ar mai putea să vorbească foarte puțin, dar el crede că o să învingă mâna cea bună în final.

L-am rugat să le întrebe pe mâinile cele rele dacă au ceva împotriva să-l ajut pe Andrei să se vindece. După un moment de tăcere, el mi-a răspuns că acestea sunt indiferente față de orice intervenție de din afară și stau închise în camerele lor. Însă mâna bună vrea să o ajut. Ea are nevoie de ajutor pentru a învinge.

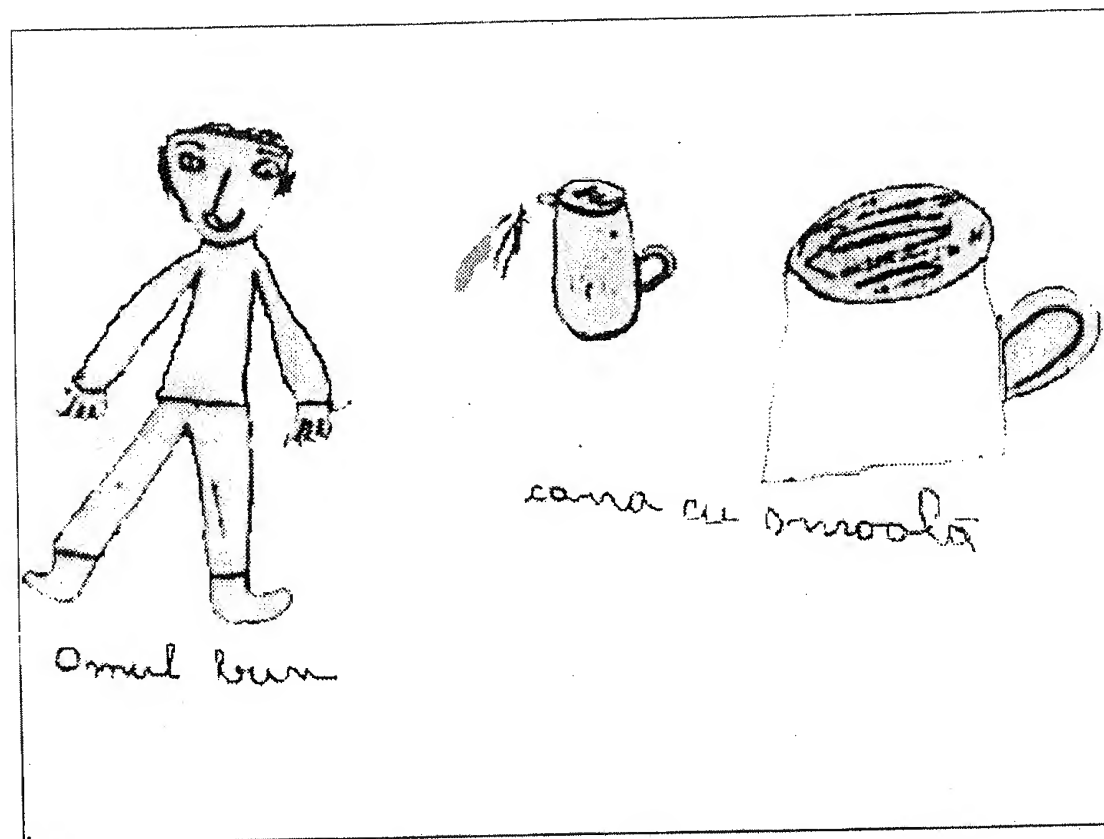


Figura 2

În continuare, folosind tehnica fantazării, Andrei a reprodus o nouă discuție între cele două tipuri de mâini. Din dialogul lor au reieșit următoarele idei:

- mâinile rele au apărut prima oară după o răceală, dar le-a mai simțit când făcea tatăl său scandal în casă;

- mâinile rele nu doresc să-l lase pe Andrei să se vindece, ele vor să-l determine să nu mai poată vorbi;

- presiunea din gât este un pătrat care ar vrea să închidă mâna cea bună.

După ce l-am pus să-și imagineze lumina albă ce-i detensionează gâtul, Andrei a declarat că mâinile rele ar putea deveni și bune.

Am considerat această idee de transformare ca un prognostic bun pentru terapie.

În următoarea ședință mi-a spus că nu mai tușește așa de des ci mai mult își dregă vocea. Are dese conflicte cu sora mai mică. Bunica spune că Andrei plânge din orice.

Legat de „lucrul pe metaforă”, copilul mi-a spus că nu mai simte mâinile așa puternic pe gât.

Ședința aceasta nu am mai lucrat cu imaginarea luminii albe, și am mers pe ideea transformării mâinilor.

**T:** „Imaginează-ți cum mâinile rele devin ușoare, foarte ușoare, se îndepărtează de gâtul tău ca niște aripi de culoare gri deschis, se îndepărtează din ce în ce mai mult până dispar”.

Am ales această culoare pentru că se știe că are efect sedativ.

L-am sfătuit să folosească acest exercițiu al îndepărtării mâinilor de gât ori de câte ori simte vreo presiune în gât și vrea să-și „dreagă” vocea.

Apoi am realizat împreună un desen prin tehnica cooperării și l-am rugat pe Andrei să realizeze o poveste plecând de la acest desen. A numit-o „Povestea animalelor”.

Pe scurt, povestea era despre o rățușcă pe care o urmărea un lup ce vroia să o mănânce. A salvat-o însă un rățoi. În final, rățușca a scăpat ușor vătămată (câteva pene rupte) din ghiarele lupului și s-a ales și cu un prieten.

Andrei a dovedit că are imaginație și simțul umorului și găsește soluții de rezolvare a situațiilor conflictuale.

**În ședința următoare.** Andrei a elaborat o nouă poveste după un desen realizat prin tehnica cooperării, care se numea „Copilul și măseaua”.

Aici copilul nu voia să meargă la dentist, însă l-a dus tatăl lui cu forța și totul s-a sfârșit cu bine.

Am lucrat din nou exercițiul imaginativ cu mâinile ce se depărtează de gât și tehnica hașurării, prin care l-am pus pe Andrei să-și imagineze că odată cu linia trasă cu creionul pe foaie se eliberează de tensiunea din gât care se scurge prin mână până în vârful creionului. A simțit cum, pe măsură ce hașurează, gâtul său devine din ce în ce mai degajat și detensionat.

I-am spus să facă acest exercițiu de hașurare ori de câte ori îi vine să-și dreagă vocea.

**Ședința următoare** își simte gâtul liber, degajat și își dregă vocea din când în când. A făcut un desen care reprezintă această situație (v. figura 3).

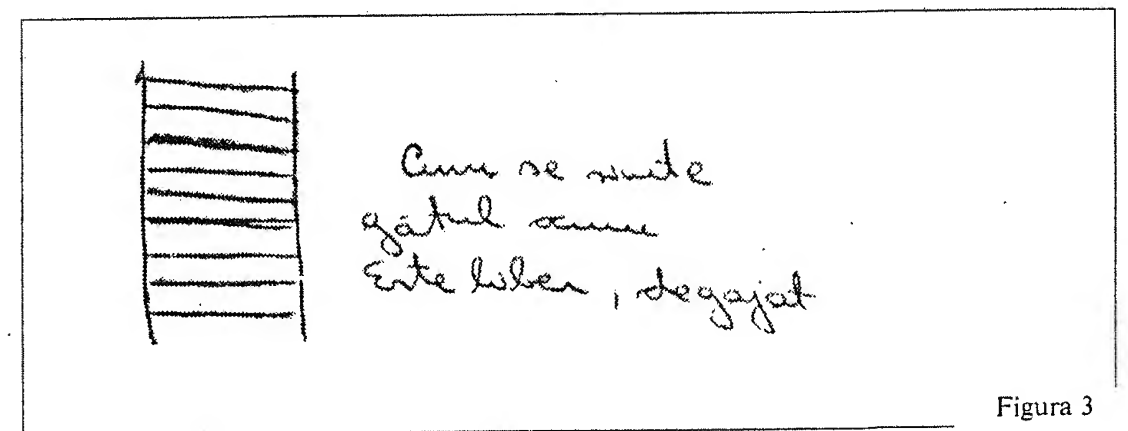


Figura 3

I-am spus să deseneze patru copaci: unul fericit, unul trist, unul nemulțumit, altul speriat și în sfârșit unul mulțumit (v. figurile 4, 5 și 6)

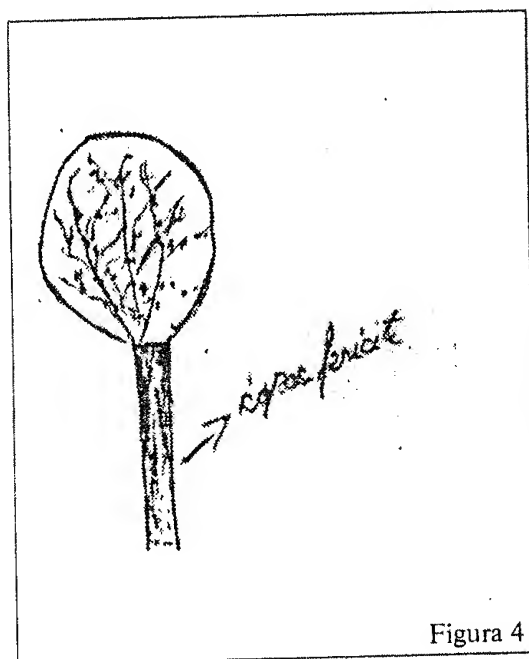


Figura 4

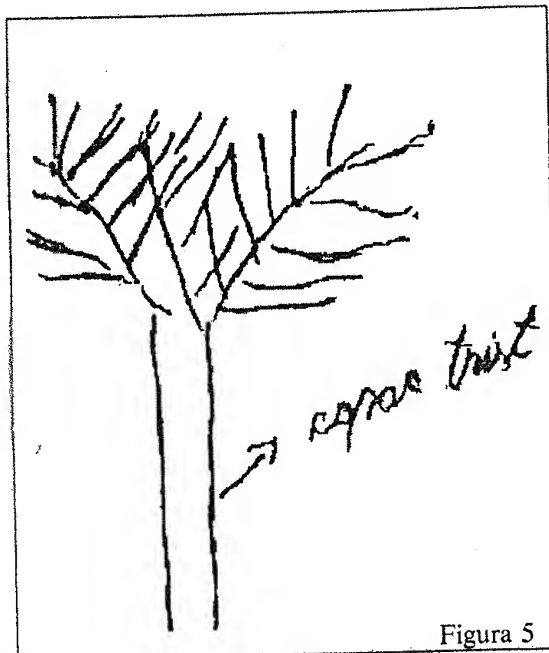


Figura 5

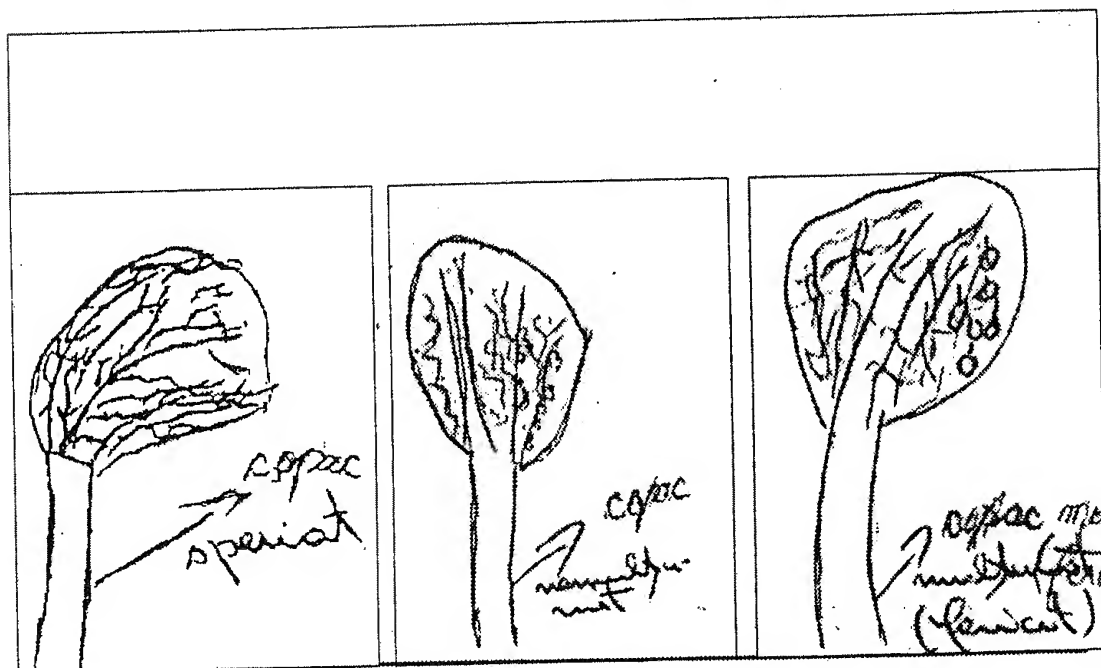


Figura 6

Am realizat apoi împreună un joc expresiv de identitate cu copacul.

Notez în continuare elemente din dialog:

T: „Fii un copac fericit. Ce simți?”

C: „Am fructe, frunze”.

T: „Fii acum un copac trist. Ce simți?”

C: „Sunt singur, mai uscat, nu am frunze și fructe”.

T: „Ce simți când ești un copac speriat?”

C: „Copacul e speriat de vânt, pentru că nu a mai văzut vânt până acum. Mi-e frică, frig, mă simt rău”.

T: „Dar un copac nemulțumit ce simte?”

C: „E nemulțumit de roadele lui care sunt stricate!”

T: „Și copacul mulțumit ce simte el?”

C: „I s-au copt roadele”.

T: „Bun. Acum fă din nou copacul bucuros. Imaginează-ți că vine furtuna. Ce simte copacul?”

C: „Este foarte supărat și îi e teamă, se îndoaie din cauza vântului”.

(Face gesturi de îndoire și se mișcă din mâini și din trunchi).

T: „Să ne imaginăm că trece furtuna acum. Ce simte copacul?”

C: „Este speriat și trist că are impresia că ceilalți copaci din familia lui au fost doborâți”.

T: „Uită-te în jurul tău și caută-ți familia. Ce simte copacul?”

C: „Se înveselește treptat pe măsură ce îi vede pe ceilalți din familia lui”.

Prin acest joc expresiv de fantazare și mișcare am urmărit să-l determin pe Andrei să exprime diferite stări afective și să treacă, la nivel metaforic, prin procesul de îmbolnăvire și vindecare. Am pus în evidență sprijinul pe care i-l oferă membrii familiei, care nu vor să-l părăsească. Andrei încă se mai teme că tatăl va câștiga procesul și-l va lua de lângă mama lui.

Într-o altă ședință a desenat o familie. Membrii familiei erau: un băiat de 20 de ani, mama și tata (v. figura 7).

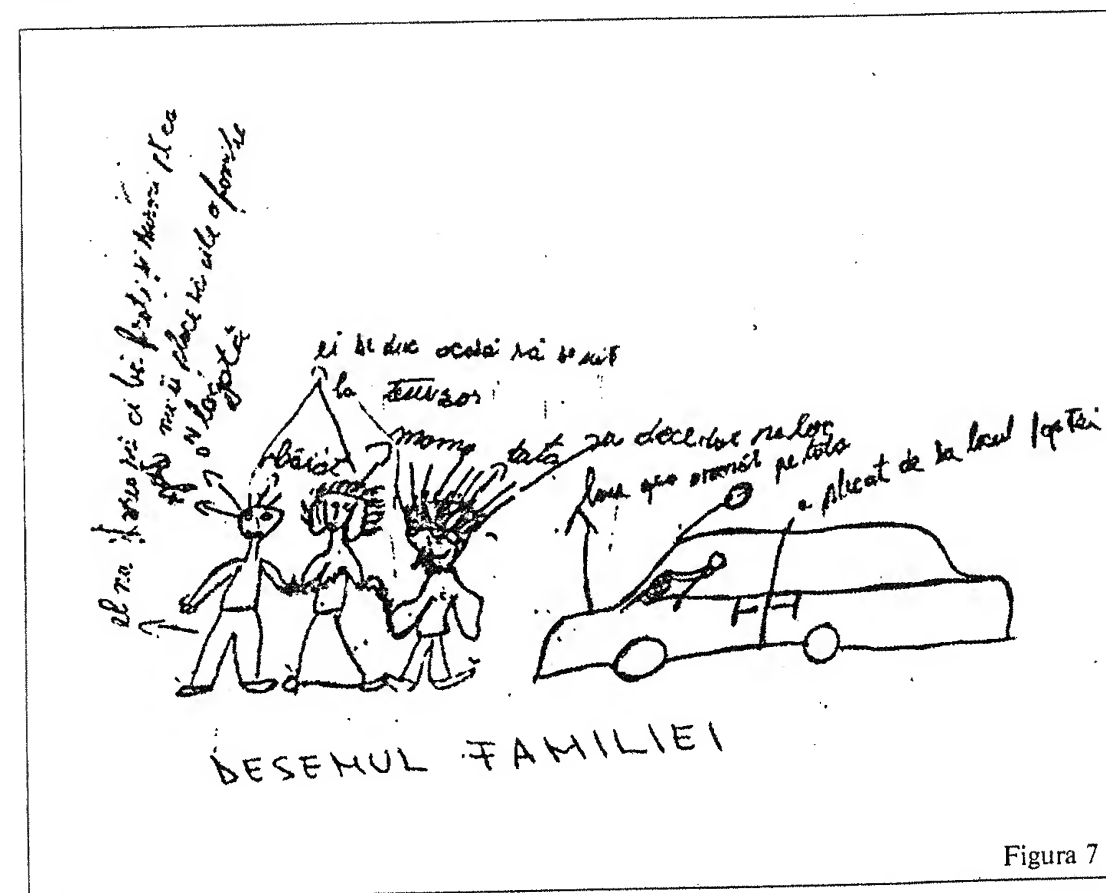


Figura 7

A realizat apoi o povestire după desen pe care o redau mai jos pentru că mi se pare semnificativă pentru modul cum apar sentimentele lui Andrei față de membrii familiei sale.

C: „Cei trei sunt pe stradă și mașinile vin să-i calce. Ei sunt speriați de moarte. Mașina îi calcă. Cel mai rău îl lovește pe tată care este speriat cel mai tare. El nu scapă. Pe ceilalți doi nu-i lovește mașina.

Și băiatul și mama se simt liberi, parcă ar fi ieșit dintr-o cușcă.

Ei pleacă acasă și pe tată îl lasă pe stradă călcat de mașină.

Ei se uită la TV. Au pus pe cineva să înregistreze cum a murit tata și se uită la casetă.

Cel de la volan nu o să fie pedepsit. A plecat de la locul faptei și nu mai este de găsit.

Băiatul nu mai avea frați sau surori. Nu-i plăcea să aibă nici o soră și nici un frate. Abia a scăpat de un nebun și nu mai vroia un alt nebun. Vrea să fie singur. E mai fericit așa. Vrea să-l iubească numai pe el mama“.

T: „Ce s-ar întâmpla dacă ar avea un frate sau o soră?“

C: „Mama nu l-ar mai iubi. L-ar iubi numai pe cel mic. Pe tată îl înmormântează. Copilul și mama sunt fericiți“.

I-am dat ca temă pentru acasă să continue exercițiul de degajare a gâtului și să realizeze printre colegii lui de clasă un „reportaj cu titlul: „De ce este bine să ai frați?“ pe care să-l discutăm în ședința viitoare. Nu s-a arătat prea entuziasmat, dar a acceptat ideea.

Într-o altă ședință i-am indus o stare de relaxare profundă. A lucrat și tehnica „oglinzilor paralele“ de origine NLP.

I-am spus să-și imagineze că este așezat pe un scaun și are în față și în spate câte o oglindă. Privind oglinda din spate el se vede pe sine dregându-și vocea și stresat. L-am pus să-și imagineze că respectiva imagine devine tot mai ștearsă, mai estompată, mai lipsită de culoare, tot mai mică și se îndepărtează tot mai mult.

Apoi își imaginează că privește în oglinda din față unde apare imaginea dorită: nu-și mai drege vocea, nu mai simte tensiune și nervozitate. Această imagine devenea tot mai mare, mai colorată și mai strălucitoare și în final el se identifică cu această imagine.

I-am sugerat, după ce a revenit din relaxare, să facă exercițiul celor două oglinzi, de 2-3 ori pe zi timp de două săptămâni. Am urmărit astfel să lucrez direct pe dispariția simptomului care mi s-a părut că putea fi privit și ca un comportament învățat și întărit.

Nu am mai continuat lucrul pe metaforă.

Măinile rele au dispărut. Andrei mai simte încă tensiune și greutate în gât, parcă mâinile ar fi lăsat-o acolo, „ca o flegmă“.

Ultima ședință a fost după vacanța de vară. Mi-a povestit foarte volubil, cum a petrecut, pe unde a fost și nu și-a dres vocea niciodată în cabinet.

Mama mi-a spus că îi mai revine ticul atunci când este pus să-și facă temele.

Deoarece am simțit că progresul terapeutic a atins un plafon și cum ticul nu mai era deranjant și se diminuase mult și avea pe de altă parte și un efect secundar de a atrage și afecțiunea mamei, am încheiat aici demersul terapeutic, urmând să revină la cabinet după o perioadă de timp mai îndelungată.

### Concluzii finale

În cazul lui Andrei, procesul terapeutic a decurs pe o perioadă de aproape 5 luni și a cuprins în special lucrul pe metaforă și simbol, tehnici de expresivitate prin desen și povestire.

Problema cu care venise inițial la cabinet s-a diminuat considerabil, însă nu a dispărut complet, dat fiind stresul generat de procesul părinților.

Câștigurile terapeutice constau și într-o mai bună capacitate de exprimare și comunicare, detensionare și scăderea anxietății și a stării de nervozitate.

### 3.2. Studiu de caz (balbism)

George are 14 ani, este în clasa a opta și are balbism tonicoclonic. Urmează tratament logopedic de două luni. Balbismul s-a accentuat în ultimul an și tot în această perioadă de timp au apărut și mișcări din cap disconfortabile, prezente în momentele în care nu poate pronunța anumite cuvinte mai grele. Când nu poate să pronunțe un anumit cuvânt, băiatul se blochează, intră în panică și recurge la semne cu mâinile pentru ca să comunice cu ceilalți.

George se bâlbaie mai puternic atunci când are emoții, este nervos sau prea obosit. Are tendința să vorbească prea repede.

El este inteligent, comunicativ, prezintă o ușoară anxietate de a vorbi în public și este motivat pentru terapie.

Atât tatăl, cât și bunicul din partea tatălui sunt balbici.

Mama are față de băiat o atitudine criticistă, hiperprotectoare și este foarte cicălitoare.

În schimb, relațiile cu tatăl și sora mai mare sunt bune, bazate pe înțelegere.

Obiectivele demersului terapeutic acceptate atât de către părinți, cât și de copil au fost următoarele: reducerea nivelului de anxietate, eliminarea mișcărilor capului și antrenarea de a vorbi mai calm și mai controlat.

Demersul terapeutic a inclus în special tehnici de relaxare și pentru reducerea anxietății am utilizat tehnica imaginației dirijate, tehnici gestaltiste de conștientizare și lucrul cu metafora. În timpul relaxării, George a vorbit cu voce tare pentru a asocia vorbirea rară, clară, cu starea de calm și relaxare.

Notez în continuare însemnări din ședințele mai importante din lumina progresului terapeutic.

În prima ședință i-am indus o stare de relaxare profundă, cu imaginea unui loc în care se simte bine, relaxat, calm.

Spune că se află la munte.

T: „Describe tot ceea ce vezi, auzi și simți“.

C: „Stau pe zăpadă. O simt rece, primitoare. Văd telecabina deasupra mea, schiori ce coboară pârția. Este la Poiana Brașov...“

Încep să cobor și eu, întâlnesc un hop, îmi sare un schi din picior.“

T: „Ce simți acum?“

C: „Mă sperii și mi-e frică. Apoi recuperez schiul și cobor iar.“

Am punctat siguranța de sine și controlul de care a dat dovadă pentru a-și recupera schiul.

George descrie cum ajunge jos ultimul. Colegii lui vor să mai facă o tură. El nu mai vrea, simte teamă și de atunci îi este teamă de schi.

L-am pus să trăiască din nou coborârea „acum și aici“ și să descrie ce simte când i se desprinde schiul.

C: „Simt groază, frică“ (Pulsul i se accelerează, re trăiește situația în mod autentic).

T: „Din ce cauză s-a desprins?“

C: „Legătura nu era bine prinsă.“

T: „Oricui i se poate întâmpla să nu aibă legătura la schi bine prinsă. Nu este vina ta. Ce s-a întâmplat mai departe?“

C: „Prind schiul din mers, îl fixează pe picior.“

T: „Auzi legătura cum se prinde de picior. Cum te simți?“

C: „Bine.“

T: „Ai dat dovadă de siguranță de sine, curaj și control. Poți să fii mulțumit de acest lucru. Cum simți schiul în piciorul tău?“

C: „Îl simt sigur.“

T: „Te simți sigur pe picioarele tale, încrezător, mulțumit... Describe-mi mai departe.“

C: „Cobor cu o viteză foarte mare, îi întrec pe colegii mei. Ajung primul jos. Colegii mei mă felicită pentru modul cum am reușit să-mi recuperez schiul și mă roagă să-i învăț și pe ei.“

T: „Îi înveți și pe ei?“

C: „Vreau să fie secretul meu. Vreau să fiu cel mai bun.“

T: „Cum te simți acum?“

C: „Fericit, mândru de mine.“

T: „Urcă din nou cu teleschiul și coboară panta din nou.“

C: „Am urcat. Încep să cobor. Ajung la hop. Nu-mi mai este frică. Îl trec, ajung cu bine jos. Mă simt fericit.“

T: „Trăiește această stare de fericire și simte-o cu întregul corp.“

C: Oftează, se vede mulțumirea pe fața sa.

În continuare, George a mai descris încă două situații imaginare din care au reieșit: neîncrederea în sine, dorința de a fi cel mai bun, rezolvarea imaginărilor a unor frustrații din viața reală, dorința de a i se acorda considerație de către colegi. Timp de o oră, cât a durat relaxarea, bâlbaia la dispărut complet.

În următoarea ședință. George a afirmat că se bâlbaie mai tare și în situațiile în care se ceartă cu anumiți colegi. Atunci se simte neajutorat.

În stare de relaxare, l-am rugat să aducă în prezent o situație conflictuală cu colegii.

Mi-a descris o situație din calsa a șaptea.

L-am rugat apoi să descrie situația din nou, cu mai multe amănunte, să vorbească la timpul prezent și să spună de fiecare dată ce simte.



După ce mi-a descris mai amănunțit ceea ce s-a întâmplat, dialogul a urmat astfel:

T: „Acum re trăiește situația pas cu pas, dar așa cum ai vrea tu în momentul acesta să se întâmple. Este normal pentru George cel de atunci să simtă ură și mânie pentru colegul lui, dar nu și pentru George cel de acum.

Îl rog pe George cel de acum să-i transmită lui George cel din clasa a șaptea cum să re trăiască evenimentele pentru a avea un efect pozitiv asupra lui.“

C: „Merg la banca prietenului meu. Îl întreb de teme. Nu și le făcuse, ca de obicei. Mă împinge în glumă. Noi glumim așa des. Nu mă supăr. Intru în colegul meu ce se află la cuier, care se lovește de niște haine. Mă împinge și el ușor, nu mă lovesc de bancă. Îi cer scuze pentru că l-am lovit.

El spune că mă iartă, dar să nu se mai întâmple altădată. Colegul îmi zâmbește în timpul orei. Îi zâmbesc și eu. În pauză vorbim ca niște prieteni.

Mă simt fericit.“

După revenirea din relaxare:

C: „Măine mă împac cu prietenul meu.“

Adaug aici că după cearta din clasa a șaptea. George nu mai vorbește cu colegul lui de clasă.

Am urmărit prin acest dialog de factură gestaltistă recuperarea energiei blocate de nerezolvarea acestui conflict din trecutul pacientului.

În următoarea ședință, am introdus lucrul pe metaforă.

În starea de relaxare, George și-a imaginat că este la munte și se simte relaxat, fericit.

T: „Observă că în dreapta ta este o pantă de munte pe care știi că trebuie să o urci. Acest versant este drumul vindecării tale.

Describe cum urci această pantă și ce simți.“

C: „Îmi pregătesc instrumentele de escaladare. Bat două piroane în stâncă, mă agăț de ele și încep să urc. Uneori, îmi mai alunecă piciorul, dar îmi revin, merg mai departe... Când bat un piron, cade piatra în jos...“

Îl încurajez să remedieze situația și să urce și mai sus.

C: „Când mai am o treime până în vârf nu mai pot să urc, intru în panică.“

Observ acum că începe să se bâlbâie și i se accelerează pulsul.

T: „Încearcă să depășești această stare de panică. Strânge coarda mai bine pe lângă tine, caută să-ți găsești o poziție mai sigură și mai comodă și după ce te afli în siguranță, privește în jurul tău și observă ce anume te sperie.“

C: „În jos e abrupt și o parte din mine nu mă lasă să merg mai departe, iar o altă parte din mine vrea să urc.“

T: „Întreb-o pe acea parte din tine ce nu te lasă să mergi mai departe de ce vrea acest lucru.“

C: „Îi este teamă că am să cad.“

T: „Cine este această parte din tine?“

C: „Este formată din toate incidentele din viața mea pe care le mai țin în minte sau pe care le-am uitat.“

T: „Să înțeleg că această parte se teme de un nou eșec?“

C: „Da.“

T: „Din cele ce mi-ai spus am înțeles că în tine se află o parte care este formată din toate incidentele din viața ta urmate de eșec și care vrea să te protejeze de un nou eșec și s-o numim Apărătoarea și o parte care vrea să învingă, partea Vindecătoare, care te îndeamnă, te susține să mergi mai departe. Amândouă îți vor binele, fiecare în felul său. În tine mai există o parte Creativă, care răspunde de găsirea de noi soluții la situația problematică în care te afli tu acum.

Te rog să le inviți pe cele trei părți din tine în subconștient și roagă-le să negocieze o soluție la situația problematică în care te afli care să le convină tuturor. După ce au găsit soluția, s-o transmită minții tale conștiente care s-o pună în aplicare.“

C: „Cele trei părți au găsit soluția să merg mai departe și chiar dacă alunec, să încep să urc din nou, până ajung în vârful pantei.“

T: „Ce simți acum când ai ajuns în vârf?“

C: „Fericire. Mă simt un învingător.“

T: „Trăiește starea de fericire și fii conștient de calitățile pe care ți le-ai pus în evidență în acest urcuș: perseverență, curaj, încredere în tine, dorința de a te vindeca și ele vor fi ca niște resurse care te vor susține în evenimentele din viața de zi cu zi.

Și în această ședință, George a lucrat metaforic asupra fricii sale, reușind să se elibereze de ea.

În următoarea ședință, am revenit, în timpul relaxării, la imaginea pantei de munte.

George mi-a relatat că vârful muntelui este mai jos, mai mic decât prima oară.

I-am spus să descrie urcușul și să-mi comunice ceea ce simte.

El se implică în fantazare, descrie cum se trage de rădăcinile plantelor și trăiește fericire, simte vindecarea foarte aproape.

I-am spus să re trăiască impasul pentru că mai are de învățat ceva din acest eveniment și să personifice cele două părți care i-au apărut în ședința anterioară.

Partea ce vrea să urce este „un tânăr de 18 ani care mă încurajează să urc și să continui drumul. Acesta vorbește perfect și sunt eu la 18 ani.“

Partea care-l trage în jos este un copil de 11 ani care îmi zice să mă duc înapoi că voi da greș, să nu fie un alt eșec. Sunt tot eu la 11 ani, vârsta când am căzut în prăpastie și când bâlbâiala s-a agravat și a apărut ticul.

„Prăpastia e o gaură în mine creată de oboseală, de stress de supărare, care la 11 ani s-a adâncit și s-a lărgit și m-a făcut să cad în ea.“

T: „Vorbește-mi de această supărare pe care o simțeai la 11 ani.“

C: „Mă supăram pe profesori când îmi dădeau note mici și mai erau dese certuri dintre părinți.“

T: „Ce înseamnă pentru tine vârsta de 18 ani?“

C: „Vârsta când mă voi vindeca, voi scăpa de liceu, când o să mă odihnesc, o să fie o perioadă foarte lungă.“

T: „Lasă cele două părți din tine să intre în dialog.“

C: „Cel de 11 ani vrea să rămână la starea aceea de oboseală, de stress, pentru că s-a obișnuit cu ea. Cel de 18 ani vrea să-l facă și pe cel de 11 ani să se odihnească, să se simtă și el bine și îl învață să privească spre viitor, spre bine.

Apoi mă vor lăsa să-mi continui drumul, să ajung în vârf.“

T: „Cum se simte George cel de 14 ani acum?“

C: „Un pic mai odihnit. Cel de 18 ani l-a învățat să nu o mai bage în seamă pe mama când îl ceartă.“

T: „Cum se simte George cel de 13 ani acum?“

C: „Foarte obosit, nu mai are timp de odihnă din cauza învățatului pentru examen.“

T: „Îmi spune să-mi fac timp și de odihnă și să nu o mai bag în seamă pe mama.“

Prin dialogul celor trei părți din el, George a lucrat pe de o parte asupra stressului trăit la vârsta de 11 ani și pe de altă parte, și-a exprimat trăirile negative pe care le are față de mama sa și modul în care vede el ieșirea din situație. Vârsta de 18 ani reprezintă pentru el și eliberarea de sub tutela părinților, din mediul familiei conflictual care, după părerea lui, îi mențin bâlbâiala și disconfortul zilnic.

În ședința următoare, apare ca principală problemă mișcarea din cap.

George mi-a explicat cum se ajută de această mișcare să pronunțe anumite sunete, mai ales consoane. Își simte mușchii gâtului contractați, îi este jenă, se gândește că ceilalți râd de el.

L-am introdus pe George în relaxare, prin imaginarea scurgerii tensiunilor din corp și mi-a spus că mușchii gâtului continuă să rămână încordați, la fel ca atunci când se bâlbâie și dă din cap. Simte panică.

Întrebându-l cum simte panica a ales să o descrie în termeni vizuali: are formă ovală, este mare, clară, se așază în tot corpul, are culoarea maron-roșcat.

Am utilizat o tehnică NLP de transformare a caracteristicilor acestei imagini.

I-am spus să transforme imaginea inițială într-o sferă mică, mai puțin clară, transparentă, de culoare verde-albăstrui și să-și imagineze că această sferă se învâрте în zona pieptului în sensul acelor de ceasornic din ce în ce mai repede, se micșorează din ce în ce mai mult, până dispare.

În final, mușchii cefei nu mai sunt contractați și panica a dispărut.

În următoarea ședință, mi-a spus că mai intră în panică, dar nu la fel de puternic ca în trecut, atunci când nu poate să pronunțe anumite cuvinte în dialogul cu anumite persoane.

L-am rugat să-și imagineze că în fața lui este o persoană importantă și să spună ce simte în momentul în care se întâmplă să se bâlbâie.

El redă modul în care intră în panică, i se contractă mușchii gâtului, îi este rușine și ciudă că persoana respectivă (un coleg de clasă) își va forma o părere greșită despre el.

T: „Ce simți în această situație?”

C: „Dar nu mă interesează ce cred alții despre mine.”

T: „Înțeleg că în tine sunt doi de George:

- unuia îi e frică și rușine atunci când se bălbăie în fața anumitor persoane;

- celuilalt nu-i pasă de ce gândesc alții despre el.”

C: „Da.”

În stare de relaxare, l-am rugat să-i cheme pe cei doi George (cel Fricos și cel Curajos) și să-i lase să dialogheze, să-și spună punctul de vedere și să-și argumenteze părerile.

T: „Cum apar cei doi George?”

C: „Pe cel Fricos îl văd tremurând, pe cel Curajos îl văd mai înalt, cu pieptul în față.”

T: „Ce-și spun ei?”

C: „Cel fricos spune că îi este rușine de ce gândesc ceilalți despre el. Are și el mândria lui. Celălalt spune că nu-l interesează părerea celorlalți și că toți oamenii au și calități și defecte.”

T: „Cei doi știu că există persoane cărora nu le pasă de cum vorbește George, ci sunt interesate de ceea ce comunică el?”

C: „Cel Fricos nu știe. Cel Curajos știe că există persoane care-l înțeleg.”

T: „Roagă-l pe George cel Curajos să-i spună și lui George cel Fricos care sunt acele persoane.”

(Un moment de pauză)

T: „I le-a comunicat?”

C: „Da.”

T: „Poți să le spui și cu voce tare. Sunt din familie?”

C: „Nu. Sunt prietenii mei de la școală. Colegul meu de bancă, mai ales, care mă înțelege cel mai bine că are și el defectele lui.”

T: „Ce simte George cel Fricos acum, când a aflat că există și persoane ce au o părere bună despre el?”

C: „Se simte mai bine. Nu mai tremură așa de tare.”

T: „Roagă-l pe George cel Curajos să-l liniștească, să-l încurajeze pe George cel Fricos.”

T: „Acum am să-i rog pe cei doi să se ia de mână și să se îndrepte spre creasta de munte

cunoscută din ședințele anterioare și să o urce împreună. Cum e urcușul?” Descrîie-l!

C: „Este mai ușor. Acum sunt doi și se ajută, se trag unul pe altul.”

T: „Este mai ușor în doi.”

C: „Da. Ajung acum sus.”

T: „Cum se simt acum când au ajuns în vârf?”

C: „Se simt fericiți, mulțumiți.”

T: „Nu mai pot să-i disting, seamănă foarte mult.”

C: „Da. Sunt amândoi curajoși și sunt tot George.”

T: „Lasă-i să se confunde unul cu celălalt, să devină unul singur și intră tu în această imagine. Nu o mai vezi din exterior, ci te confunzi cu ea. Ce simți acum?”

C: „Mă simt mai bine. Mă simt unul singur, înainte eram împărțit în două. Acum sunt întreg.”

După ce am revenit din relaxare, l-am rugat să-și imagineze că vorbește cu o persoană și se bălbăie.

T: „Ce simți în această situație?”

C: „Nu mai simt panică și rușine. Pot să mă controlez și să vorbesc corect.”

T: „Foarte bine.

Te rog ca în conversațiile pe care le ai cu diferite persoane, să-ți observi reacțiile și să folosești ceea ce ai câștigat în ședința de terapie.”

#### Concluzie finală

George se află în psihoterapie de peste două luni și continuă tratamentul.

În această perioadă de timp anxietatea s-a redus, a învățat să se relaxeze, să vorbească mai calm și controlat, să-și stăpânească mișcarea din cap, care apare mai rar și are mai multă încredere în el.

În cazul lui, am pus accent în special pe relaxare și am combinat tehnica expresivă de fantazare cu cele gestaltiste de focalizare, de lucru asupra părților interioare și lucrul pe metaforă. Am folosit și exerciții de respirație completă, amplă.

Un obiectiv principal în demersul terapeutic următor va fi acela de a detensiona relațiile dintre băiat și mama sa.

## Capitolul 8

# TERAPIA DE FAMILIE DE TIP EXPERIENȚIAL (T.F.E.)

Iolanda Mitrofan

## CUPRINS

1. Scurt istoric și orientări .....	196
2. Scopuri .....	197
3. Tehnici și modalități de lucru terapeutic .....	199
4. Tehnici expresive integrate în terapia experiențială de familie .....	201
4.1. Sculptura familială. ....	201
• Exerciții-suport pentru „sculptura familială” .....	202
4.2. Coregrafia în grup de cupluri. ....	204
(terapia scurtă pentru cupluri — Peggy Papp). ....	204
4.3. Artterapia familială .....	204
4.4. Tehnici bazate pe joc de rol și dramaterapie .....	205

## 1. Scurt istoric și orientări

Ramura experiențială a T.F. se dezvoltă în baza psihologiei umaniste a anilor 1960, preluând din terapiile individuale umaniste principiul «experienței, aici și acum».

Calitatea experienței trăite este criteriul sănătății psihice și obiectivul intervenției terapeutice. Terapeuții experiențiali de familie consideră ca exprimarea sentimentelor și senzațiilor este calea extinderii experienței și sensul împlinirii personale familiale.

Terapia experiențială de familie s-a bucurat de cea mai mare popularitate în etapa „de tinerețe” a T.F., atunci când terapeuții vorbeau de schimbarea în sistem, dar împrumutau tehnici din terapiile individuale și de grup. Astfel, ei au preluat semnificativ de la Gestaltterapie și de la grupurile de întâlnire. Alte tehnici expresive cum ar fi „sculptura și desenul familial” au valorificat influențe tehnice din arteterapie și psihodramă.

Datorită utilizării tehnicilor expresive nu foarte mulți terapeuți au putut să abordeze T.F.E., ci doar aceia care au abordat conceptele și metodele sistemice cum ar fi: Carl Whitaker, Peggy Papp, Virginia Satir, Walter Kempler, August Napier, David Keith, Leslie Greenberg, Susan Johnson, Fred și Bunny Duhl. Aceștia și alții au introdus o serie de tehnici experiențiale de familie pe care orice terapeut le poate valorifica.

Liderii acestei orientări rămân C. Whitaker și V. Satir. Primul este decanul T.F.E., el încurajând membrii familiei să fie ei înșiși. Stilul său de viață (a copilărit la o ferma izolată din Raymondville - New York) l-a determinat să devină o persoană neconvențională, deși probabil că izolarea i-a facilitat inițial o anumită timiditate și tristețe. După ce a terminat colegiul din Syracuse și Medicina (cu specialitatea obstetrică și ginecologie), a devenit psihiatru și a fost fascinat de mentalul psihoticilor. El a învățat din experiența sa clinică să asculte și să înțeleagă gândurile bizare ale acestor pacienți, identificând și „gândurile umane” pe care normalii nu le dezvăluie. Carl Whitaker a format Clinica Psihiatrică Atlanta (1953), în cadrul căreia a organizat un grup creativ și productiv, împreună cu T. Malone, J. Warkentin și R. Felder.

Psihoterapia experiențială s-a născut din această grupare (1955-1965). Ulterior, grupul se lărgeste cu alți colaboratori: August Napier și D. Keith din Atlanta și New York (Syracuse). Până la retragerea sa, în 1980, Whitaker a călătorit mult, răspândindu-și experiența și împărțându-și convingerile și munca.

O altă figură charismatică a terapiei experiențiale de familie este Virginia Satir. Ea a fost unul dintre membrii binecunoscutului grup MRI-Palo Alto. Ca asistent social, V. Satir a început să lucreze cu familiile în 1951 (ca practician) și în 1955 a fost invitată să susțină un training pentru rezidenții de la Illinois State Psychiatric Institute (aici l-a avut student pe I. Boszormanyi-Nagy). În 1959, V. Satir se alătură MRI (la invitația lui Don Jackson). Ea devine primul director al programului și rămâne aici până în 1966) când devine director al Institutului Esalen din Big Sur, California (Centru de gestalt-terapie). Abilitatea ei strategică deosebită, inventivitatea tehnică experiențială, sensibilitatea și forța ei afectivă au transformat-o într-o „legendă” a T.F. fiind considerată ca cea mai celebră terapeută umanistă de orientare experiențială și de tradiție comunicațională. Este considerată unul din inovatorii terapiei familiale. După 1970 recunoașterea ei a intrat într-un oarecare declin, nemeritat, mai ales ca urmare a disputei cu S. Minuchin. Acesta susținea că ar fi mai puțin importante iubirea, căldura și credința în tratarea familiilor, ci mai curând știința „reparării” rupturilor familiale. V. Satir a continuat să creadă în puterea vindecătoare a iubirii și în „salvarea” umanității prin terapia de familie. Pe măsură ce Minuchin se impunea tot mai mult în câmpul T.F., V. Satir s-a retras și a devenit purtătoare de cuvânt a unei abordări spirituale (evangelice). În 1988, ea moare.

Walter Kempler este un alt mare terapeut (californian) de familie, de model experiențial, care a preluat multe tehnici gestaltiste și din terapiile emotive în lucrul cu familiile. El descrie procedee folosite uzual în grupurile de întâlnire și terapiile individuale existențial-umaniste, ce demonstrează rădăcinile T.F.E.

Fred și Bunny Duhl, codirectori la Boston Family Institute, au introdus un mare număr de tehnici expresive în T.F.E.

Ei folosesc semnificațiile nonverbale ale comunicării, cum ar fi spațializarea și sculptura (Duhl, Kantor și Duhl, 1973), ca și jocul de rol și „păpușile (marionetele) familiale” (Duhl și Duhl, 1981). Ei denumesc abordarea aceasta „terapie familială integrativă” definind un amalgam de elemente aparținând unor surse numeroase, incluzând: psihodrama, psihoterapia experiențială, psihologia cognitivă, terapia familială structurală și psihoterapia comportamentală.

Alături de F. Duhl, cofondator al Institutului Familia din Boston (1969) este și David Kantor, care împrumută din formația de psihodramaterapeut și introduce abordarea „familiei ca teatru” - metafora de bază în terapia de familie. (Kantor și Lehr, 1975).

Printre cele mai recente abordări experiențiale ale T.F. se enumeră și terapia de cuplu focalizată emoțional (emotion-focused couples therapy) introdusă de Leslie Greenberg și Susan Johnson, fundamentată pe principiile lui F. Pearls, V. Satir și Grupului MRI (Greenberg și Johnson, 1985, 1986, 1988).

Toți acești autori au drept caracteristici în T.F.: spontaneitatea, creativitatea și asumarea riscului. În timp ce își împărtășesc libertatea, individualitatea și împlinirea personală, experiențialiștii sunt mai curând practici, decât teoretici (relativ ateoretici). Scopul utilizării diversității tehnice este să „deschidă” individualitățile propriilor experiențe și să „dezghețe” interacțiunile lor familiale.

Căpătând o mare popularitate în anii '60, abordările experiențiale au fost treptat înlocuite de noi dezvoltări - terapiile orientate sistemic. Altădată, exprimarea sentimentelor ocupa un loc central în terapiile psihologice. Astăzi, locul principal este deținut de comportament și cogniție. Psihoterapeuții au descoperit că oamenii mai ales gândesc și acționează. Aceasta nu înseamnă însă că trebuie să ignorăm experiența emoțională care este un concept de bază în terapia de familie experiențială.

## 2. Scopuri

Scopul declarat al T.F.E. este creșterea și nu stabilitatea.

Eliberarea de simptome, adaptarea socială

și munca sunt considerate importante, dar secundare în raport cu creșterea integrității personale (congruența între experiența interioară și comportamentul exterior), o mai mare libertate de opțiune, mai puțină dependență și o mai mare extindere a experienței (Malone, Whitaker, Warkentin și Felder, 1961).

Simptomele dureroase cu care se prezintă familia în terapie sunt doar „bilete” de intrare în terapie; problema reală este sterilitatea emoțională (Whitaker și Keith, 1981).

**Obiectivul terapiei** este ca membrii familiei (fiecare în parte) să devină sensibili la nevoile și sentimentele lor și să le împărtășească în cadrul familiei. În acest mod, unitatea familială se poate baza pe o interacțiune vie și autentică, mai degrabă decât pe represiune și autonegație.

Există două **orientări metodologice** în terapia experiențială de familie:

- tendința dominantă de concentrare și orientare asupra indivizilor și experienței lor trăite în familie (în contactele interpersonale), mai mult decât asupra organizării familiale. Kempler (1981) considera în acest sens că responsabilitatea principală a terapeutului este „față de oameni, față de fiecare individ în cadrul unei familii, și doar secundar față de organizația numită familie” (p. 27);

- orientare dominantă asupra sistemului familial, mai mult decât asupra indivizilor. „Creșterea” - ca scop terapeutic - se referă aici la „câștigul” interacțional al sistemului familial, la evoluția întregii familii ca organizație. Această tendință apare în terapia lui C. Whitaker, D. Keith și G. Napier.

Ceea ce au în comun terapeuții experiențiali de familie cu alți terapeuți de tradiție existențial-umanistă este credința că drumul spre sănătatea emoțională este acela al dezvăluirii și descoperirii unor niveluri tot mai profunde de experiență - potențialul de autoîmplinire zăvorât în lăuntru tuturor. Numai ceea ce se află în lăuntru nostru contează.

Scopurile terapiei de familie enunțate de V. Satir includ **3 schimbări în sistemul familiei** (1972, p. 120):

1. fiecare membru al familiei să devină în stare de a relata congruent, complet și onest ceea ce vede și aude, simte și gândește despre el însuși și ceilalți, în prezența celorlalți.



Cu alte cuvinte, fiecare trebuie să fie el însuși în prezența și la adresa celorlalți;

2. fiecărei persoane din familie trebuie să i se adreseze și să se raporteze la ea în termenii unicității sale, așa încât deciziile să se poată lua mai curând prin explorare și negociere, decât în termeni de putere;

3. diferențele între persoane trebuie să fie conștientizate în familie și folosite pentru „creștere”.

Când metodele experiențiale se aplică orientat spre familie ca sistem și nu spre indivizi asamblați întâmplător într-un grup familial, scopul creșterii individuale fuzionează cu scopul realizării unei maternice coeziuni (unități) familiale.

Practica lui C. Whitaker întruchipează într-o manieră inedită acest scop dual. Potrivit concepției lui, creșterea personală necesită integrarea familială și viceversa.

Simțul apartenenței la familie și libertatea individuală se intercondiționează, „merg mâna în mână”. Astfel, adeseori este necesar să se realizeze o mai mare apropiere între părinți din punct de vedere emoțional, pentru a facilita plecarea copiilor de acasă („desprinderea de cuib”), întrucât mulți copii nu o pot face dacă nu simt că părinții lor pot fi fericiți și fără ei. Dobândirea autonomiei personale presupune, așadar, satisfacerea nevoii de apartenență, unitate și echilibru emoțional, familial.

Pe lângă scopul general al creșterii creativității familiei și fiecărui membru al său, terapeutii experiențiali încearcă, de asemenea, să ajute fiecare familie să-și rezolve propriile probleme particulare, „lucrând” asupra acestora. Dar această „muncă” este realizată cu o minimă conceptualizare sistematică ori planificare (anticipare). De fapt, multe dintre scopuri pot fi înconștiente în timpul terapiei și pot fi conștientizate numai printr-o retrospectivă (Napier, 1977).

Terapia experiențială include elemente **RAȚIONALE** și **NON-RAȚIONALE**. Primele sunt necesare pentru a promova conștientizarea și înțelegerea, celelalte pentru a crește spontaneitatea și sinceritatea.

Experimentarea conștientă a potențialurilor interne (aspecte, fantezii, impulsuri) îi privează pe oameni de influențele lor patogene și le **eliberează forța** de viață.

Rezultatul acestei creșteri a conștientizării este o reintegrare a părților reprimite sau depedate ale SINELUI.

Cei mai mulți experiențialiști accentuează latura afectivă a naturii umane:

- creativitatea;
- spontaneitatea;
- abilitatea de a se juca.

Whitaker proclama „nebuniile, nonraționalul, experimentarea creativă și funcționalitatea” drept adevăratul scop al terapiei. Dacă vom deveni cu noi înșine, pentru noi înșine mai jucăuși, mai „trăzniți”, crede el, familiile se vor deschide spre emoționalitate, spontaneitate, căldură, culegând roadele acestora.

Whitaker accentuează asupra valorii experienței, „de dragul ei însăși”, **întreaga terapie fiind un proces de extindere a experienței, care conduce, în concepția lui, către creștere**. Noua experiență trăită de familie în timpul terapiei se consideră că rupe confluențele subterane, distruge expectațiile rigide și deblochează conștientizarea - toate acestea favorizând individuația (Kaplan și Kaplan, 1978).

Alți autori își propun ca scopuri terapeutice creșterea simțului competenței, a stării de bine și autoaprecierii (F. și B. Duhl, 1981).

Preluând ideea Virginiei Satir că principalele probleme și cauze ale nefericirii tuturor familiilor sunt subaprecierea de sine și comunicarea distructivă, ei consideră drept cheia terapiei promovarea unui comportament flexibil, ca urmare a creșterii conștiinței de sine și de ceilalți. Extinderea experienței de auto și interconștientizare poate astfel să limiteze și să înlocuiască obișnuințele și automatismele stereotipe, cu comportamente modificate, creative. Deoarece acestea au consecințe directe în viața de familie, **Duhl definește scopurile terapiei în colaborare cu pacienții**.

Cei mai mulți terapeuți ai familiei susțin că o sensibilitate sporită și o mai bună maturizare a indivizilor servesc scopul mai general al T.F. - intensificarea funcționalității familiei.

Astfel maturizarea individuală este relaționată explicit cu maturizarea familială. Unii terapeuți se axează mai mult pe maturizarea relațiilor, acționând implicit la nivelul familiei ca sistem, alții se situează pe poziții simetrice, ocupându-se mai curând de indivizi pentru a promova schimbări în sistem.

Duhl (1981) considera că „noua și reînnoita integrare” sunt experimentate în cadrul și între membrii familiei - ca scopuri reciproc stimulative în tratament.

Se presupune că familiile ajung în tratament pentru că sunt incapabile să fie deschise, și de aceea incapabile de individuație (Whitaker, 1976). Ajutând membrii familiei să-și recapete propriul lor potențial de experimentare, se crede că ei sunt ajutați să-și recapete capacitatea de a se îngriji unul de celalalt.

### 3. Tehnici și modalități de lucru terapeutic

Clinicienii experiențiali folosesc tehnici educative și forța propriei lor personalități de a crea întâlniri terapeutice, regresie și deconspirarea intimității. Vitalitatea întâlnirii este altceva. Această putere deplină a experienței personale este considerată de ajutor în stabilirea unei relații de atenție și sprijin de la om la om între și pentru toți membrii familiei. Gus Napier (1978) considera că riscurile de a fi în familie atât „separați, divergenți și furioși”, cât și „mai închiși și mai intimi” sunt provocatoare de schimbare. În T.F.E., exprimarea sentimentelor și a experienței intime sunt cruciale, anxietatea este stimulată și trăită. Aceasta pentru că s-a observat că exprimarea furiei și a supărării este întotdeauna urmată de o mai mare intimitate și căldură, spre deosebire de cazul în care acestea sunt reprimite. Reprimarea lor îi împiedică pe oameni să-și dezvolte iubirea unui față de alții. Terapeuții experiențiali sunt, alternativ, provocativi și calzi-suportivi. În acest mod ei ajută familiile să îndrăznească să-și asume riscul de a fi mai anxioși, cel puțin temporar. Aceasta le permite să dezvolte patternuri protective, defensive și să se deschidă în mod real unui față de alții.

Întâlnirea existențială este considerată drept forța esențială în procesul psihoterapeutic (Kempler, 1973, Whitaker, 1976). Această întâlnire trebuie să fie reciprocă - terapeutul trebuie să fie o persoană genuină care catalizează schimbarea, folosindu-se de impactul său personal asupra familiei.

Pentru V. Satir, demonstrarea grijii și acceptării a fost cheia ajutorării persoanelor, dincolo

de frică, deschizându-i față de propria lor experiență și unui față de alții. Astfel, terapeuții experiențiali încearcă să ajute familia să-și înțeleagă mai profund experiențele personale, dorințele și fricile. Ei sunt pionierii tehnicilor comunicării spontane a sentimentelor depline (anxietate, furie, supărare, plictiseală, bucurie etc.). Acești terapeuți (în special Whitaker și colaboratorii săi de la Atlanta Psychiatric Clinic) adesea se manifestă în terapie, impulsiv, adorm sau își mărturisesc visele. Kempler susține că „a-ți exprima deplin întreaga personalitate ca terapeut în actul terapeutic, creează acea atmosferă încurajatoare pentru că toți membrii familiei să-și exprime cât mai deplin sau total personalitățile”. Printr-o extremă autodezvăluire sunt provocate stări de maximă deschidere familiilor. Cu timpul Kempler devine mai curând autoindulgent decât provocativ.

Prin credința sa de a fi „o persoană reală”, deschisă, onestă și spontană, terapeutul îi învață pe membrii familiei să fie la fel. Aceasta presupune că terapeutul experiențial își asumă rolul de model, nu numai sănătos și matur, dar și de persoana ale cărei instincte sunt demne de încredere în sine, ca barometru valid în raport cu care membrii familiei se pot evalua pe ei înșiși.

Potrivit lui W. Kempler (1968) în T.F.E. „nu există tehnici, ci doar persoane” (cazuri individuale). Această formulă sintetizează clar accentul pe care experiențialiștii îl pun pe puterea creativă a personalității terapeutului. **Nu contează atât de mult ceea ce fac terapeuții, cât și ceea ce sunt ei, ce reprezintă ei**. Dacă „terapeutul este rigid și sever, tratamentul pare să fie prea glacial și profesional”, pentru a putea genera climatul emoțional intens, absolut necesar în maturizarea emoțională. Pe de altă parte, dacă terapeutul este o persoană vitală, conștientă și sensibilă, el (ori ea) va fi capabil (ă) să trezească aceste potențialități în familie. C. Whitaker îmbrățișează și el această poziție, fiind el însuși exemplul paradigmatic al terapeutului spontan și creativ. Cu alte cuvinte, terapeuții care doresc să stimuleze deschidere și autenticitate în comportamentul pacienților, trebuie să fie ei înșiși deschiși și autentici.

Totuși, terapeuții, oricine ar fi ei, trebuie să facă ceva. Și chiar dacă ceea ce fac nu este întotdeauna structurat la un înalt nivel sau planificat cu grijă, poate fi cu toate acestea deschis.

În realitate, terapeuții experiențialiști tind să facă o mulțime de lucruri, sunt foarte activi, iar unii folosesc un număr mare de tehnici bine structurate (inclusiv Kempler).

După modul în care utilizează tehnicile, terapeuții experiențialiști se grupează în două categorii:

1) **Tehnici structurate.** Terapeuții angajează familia în activități bine structurate ca: sculptura de familie și coregrafia (dans) cu scop de stimulare a intensității trăirilor afective pe parcursul ședințelor terapeutice.

Se utilizează, de asemenea, tehnici împrumutate din dramaterapie și artterapie (desenul familiei, modelaj etc.). Ședințele se structurează în acest caz pe una sau două tehnici de bază, care antrenează familia într-o activitate comună ce prilejuiește deblocarea afectivității, spontaneității și comunicării autentice. Membrii familiei sunt activ ghidați de terapeut în a-și conștientiza propriile trăiri, imaginile de sine și percepțiile reciproce, gândurile și atitudinile nemărturisite pe care le au unii față de alții. Sunt utilizate și o serie de exerciții de comunicare în scopul clarificării sentimentelor proprii, îndepărtării persoanelor de la lamentații în legătură cu trecutul, prin experimentarea verbală și nonverbală „aici și acum” și găsirea de soluții chiar de către membrii familiei. V. Satir a excelat în crearea de astfel de exerciții de comunicare și expresie clarificatoare, fiind ea însăși un terapeut cu o abilitate deosebită de comunicare clară, spontaneitate și autodezvăluire personală. Ea a avut o personalitate viguroasă, dinamică și iubitoare, angajându-și clienții de la prima ședință în mod autoritar, dar suportiv, sprijinind fiecare membru al familiei în a-și crește autoaprecierea, autorespectul și capacitatea de a-și evidenția intențiile pozitive. Astfel, conotațiile pozitive în comunicare au devenit un indicator strategic, cu mult timp înainte de a se fi dezvoltat orientarea strategică în T.F. V. Satir a demonstrat prin terapia sa cum pot fi „încălziți”, înduioșați și cum pot deveni mult mai afectivi membrii familiei unii cu alții.

2) **Tehnici nestructurate.** Se practică sub forma ședințelor nestructurate, nonstrategice în mod deliberat, insistând pe ideea de a fi cu familia, mai mult decât pe a face ceva împreună. Acești terapeuți, printre care C. Whitaker, se bazează pe spontaneitate și creativitatea de a fi pur și simplu ei înșiși în prezența și cu familiile tratate. La baza acestui model terapeutic se află convingerea împărtășită că terapia ar trebui să fie o experiență intensă, emoțională, „aici și acum”. Implicarea emoțională intensă activează puternic reacții de transfer. Personalitatea terapeutului și relația de coterapie (recomandată de această orientare) sunt factorii care pot minimaliza potențialul distructiv al unor relații de transfer. Rolul coterapeutului este de a observa reacțiile și sentimentele terapeutului față de pacienți (transferul emoțional) și a le discuta cu acesta după ședință. Pentru a preveni reacțiile de transfer, Whitaker recomandă menținerea unei priviri de ansamblu asupra întregii familii, privită ca un tot unitar. Împărtășirea deschisă și liberă a sentimentelor și conlucrarea permanentă cu un terapeut sunt caracteristici de bază în terapia experiențială nestructurată. Stilul lui Whitaker a fost deliberat excentric și provocator (aștepta în timpul ședințelor, se lupta cu pacienții, vorbea despre fantezmele sale sexuale, iar când copiii erau prezenți era alternativ când model parental, când juca el însuși rolul de copil, implicându-i pe aceștia într-o manieră iubitoare și disciplinându-i cu fermitate și forță). Stilul său de lucru era același în lucrul cu indivizii, cu cuplurile sau cu grupurile, favorizând întâlnirea personală și intimă, dincolo de teorii și tehnici trasate riguros. Pentru Whitaker, **adevărarea personală a terapeutului, abilitatea de a fi iubitor, grijuliu, fermitatea și abilitatea de a fi imprevizibil sunt căi de schimbare cu mult mai importante decât tehnicile terapeutice.** El crede că experiența, înțelepciunea și creativitatea terapeutului îi vor ghida intențiile mult mai bine decât orice plan preconcept sau structurat. Terapeuții experiențialiști nu au nevoie de o cale, pentru că ei sunt calea. Ei stimulează prin chiar modelul lor de a fi experiențele emoționale și interacțiunea, ajutând familiile să devină mult mai reale, directe și vitale prin modelarea comportamentului după propriul lor comportament.

Mulți dintre ei sunt foarte provocatori. Whitaker, de exemplu (V. Napier și Whitaker, 1978), într-o ședință întreba fiica-adolescentă dacă ea s-a gândit vreodată că părinții săi ar fi avut o bună viață sexuală.

Kempler concepe **terapeutul ca pe un catalizator și un participant activ la interacțiunile familiale.** În calitate de catalizator, el face sugestii și dă directive. Directivele tipice includ:

- membrii familiei să se privească unul pe altul;
- să vorbească mai tare (cu voce pătrunzătoare);
- să repete anumite stări;
- să refrazeze remarcile cu mai multă participare emoțională;
- să folosească sintagma „Eu” în exprimarea stărilor, gândurilor, opiniilor.

Kempler considera că terapeuții trebuie să-și limiteze impulsul de a presiona, de a instiga, de a forța pacienții. Ei pot fi spontani, dar nu impulsivi. Majoritatea experiențialiștilor sunt de acord ca un terapeut foarte cald și suportiv scade riscul de a fi presant și provocativ. **Echilibrul între căldură și exercitarea puterii trebuie păstrat.** A încerca să acționezi provocativ în maniera lui Whitaker, dar în absența căldurii și puterii lui de control, poate conduce la eșec.

Fie că sunt dominant provocativi, fie dominant suportivi, terapeuții experiențiali de familie sunt de obicei **temperat activi și directivi.** Ei se adresează frecvent membrilor familiei cu: „Spune-i (lui sau ei) ce simți tu!” sau adresează întrebarea: „Ce simți tu acum?”

Ei observă **semnalele nonverbale** ale trăirilor, sentimentelor exprimate și neexprimate, notează **câte interacțiuni au loc, ce persoane sunt mobile sau rigide** și se străduiesc să identifice **reacțiile emoționale reprimite, ascunse.** O tehnică folosită frecvent este **focalizarea cu scop de conștientizare** (Kaplan și Kaplan, 1978), prin direcționarea atenției persoanei asupra a ceea ce experimentează într-un anumit moment, inducerea stopării (opririi) **gândurilor despre emoțiile trăite și provocarea revelației** (insight) asupra „materialului” de conștientizat. Când membrii familiei par să fie blocați sau defazați, terapeutul focalizează dialogul pe ceea ce pare a fi cel mai energizant pentru deblocare, ca în exemplul următor:

«**Terapeutul:** Văd că te uiți la tata, ori de câte ori o întrebi pe mama ceva. De ce?»

**Ionuț:** Nu știu.

**Terapeutul:** Trebuie să însemne ceva. Hai, spune, ce simți?»

**Ionuț:** Nimic.

**Terapeutul:** Trebuie să fi simțit ceva. ...Ce anume?»

**Ionuț:** Ei, uneori când mama mă lasă să fac ceva, tata, pur și simplu, își iese din fire. Dar în loc să țipe la ea, țipă la mine.

**Terapeutul:** Spune-i tatalui tău asta.

**Ionuț** (furios la adresa terapeutului): Lasă-mă în pace!

**Terapeutul:** Nu, este foarte important. Încearcă să-i spui tatălui tău ce simți.

**Ionuț** (suspînând): Întotdeauna stai cu gura pe mine. Nu mă lași să fac nimic.»

#### 4. Tehnici expresive integrate în terapia experiențială de familie

Terapeuții experiențiali utilizează un mare număr de tehnici, alegându-le și integrându-le în terapie astfel încât să corespundă scopului de schimbare a interacțiunilor în sistemul familial, potrivit necesităților tuturor membrilor.

Cele mai frecvente tehnici utilizate sunt:

- „sculptura familială” (B. și F. Duhl, D. Kantor, 1973, V. Satir și Baldwin, 1983);
- interviul cu păpușile familiale (Irwin și Malloy, 1975);
- artterapia familială (Geddes și Medway, 1977);
- desenul familiei conjugale (Bing, 1970);
- tehnicile gestalt-terapeutice (Kempler, 1973).

Terapeuții experiențiali utilizează o serie de accesorii necesare (jucării, căsuțe pentru păpuși, cretă, vopsele și hârtie etc.) pe care nu le limitează doar la terapia prin joc cu copiii, ci le integrează ca suport în diferite jocuri și exerciții experiențiale cu toată familia.

**4.1. Sculptura familială (Family sculpture)** este o tehnică concepută de David Kantor și Fred Duhl, prin care terapeutul solicită tuturor membrilor familiei să se așeze într-un grup statuar cu sens.

Fiecărui membru i se cere să-i așeze pe ceilalți într-un „tablou” semnificativ. Această sarcină portretizează în termeni de spațiu, postură și atitudine percepțiile fiecărei persoane asupra familiei, redată prin sensul grafic (sculptural). Procedul permite o conștientizare puternică a ceea ce sunt membrii familiei unui față de alții. V. Satir a utilizat această tehnică pentru a dramatiza constrângerile rolurilor familiale, adevărate „capcane” psihologice redată postural printr-o gamă de exerciții din seria „family sculpture”. Ea demonstrează și conștientizează membrilor familiei diferite tipuri de relații care există sau pot exista între ei, cu avantajele și dezavantajele lor (V. H. Lewis, H. S. Streifeld, 1972, p. 250-256). Utilizând această „sculptură”, a vieții de familie, V. Satir creează reprezentări tridimensionale asupra raporturilor dintre soți, părinți și copii.

Adesea, participanții la joc răspund ca și cum aceste roluri simbolice ar fi reale. Astfel, portretul „fizic” (postural-atitudinal) poate lua locul celui „emoțional”, sau prilejuiește experimentarea trăirilor emoționale resimțite de membrii grupului sculptural, unui față de alții.

Prezentăm în continuare modelul tehnic terapeutic utilizat în gama de exerciții maritale și familiale concepute de V. Satir.

#### Instructaj-ghid al terapeutului:

„Priviți asupra următoarei liste de fraze. Alegeți una care ar putea descrie cel mai bine mariajul dumneavoastră. Încercați să adoptați, împreună cu partenerul dumneavoastră o poziție fizică, ce concordă cu afirmația aleasă (care să reflecte sensul acestei afirmații). Dacă poziția fizică adoptată reflectă natura relației dumneavoastră, o veți simți probabil, familiară. Încercați, de asemenea, și o altă poziție (o nouă „sculptură”). Explorați-vă senzațiile proprii receptive în fiecare experiment. Discutați:

- cum și ce simțiți despre voi înșivă?
- cum și ce simțiți față de partenerul(a) dumneavoastră?
- ce puteți face în fiecare poziție acum și aici?
- ce nu puteți face?
- ce simțiți nevoia să faceți sau ce simțiți ca și cum ați face ceea ce ați avea nevoie?

Acum, adăugați și copiii la sculptura familială. Cum se potrivesc ei în cadrul acesteia? Ce simte fiecare copil?”

#### Exerciții-suport pentru „sculptura familială”

##### 1. Poziția „Facem față lumii împreună”.

Stați spate în spate, cu brațele înlănțuite. Pretindeți că sunteți bucuroși și vioi. Puteți privi fiecare în jur, înfruntând lumea. Dacă unul dintre voi dorește să înconjoare camera, faceți-o fără să vă dați drumul la mâini. Spuneți, dacă puteți face și altceva în afara drumului pe care îl străbateți împreună, în această poziție? Dacă unul din voi vrea să se așeze și să citească o carte în timp ce celălalt străbate drumul respectiv, o poate face? Vă puteți simți protejat, dar de asemenea, înlănțuit, cramponat. Analizați tot ce simțiți în legătură cu această poziție.

**Exercițiu suplimentar:** Ce se întâmplă când copiii se adaugă „sculpturii maritale”? V. Satir alege 6 voluntari, (doi soți, doi bărbați și două femei care să joace rolul copiilor). Soții sunt așezați în poziția „spate în spate înlănțuiți”.

Primul copil vine și se așază între picioarele părinților săi, făcându-și loc propriu. El încearcă să se sprijine de unul dintre părinți pentru a sta cât mai confortabil (de exemplu, de tata). Cu cât se sprijină mai mult de acesta, cu atât „statuia” maritală se clatină mai mult, se dezechilibrează (totul este puțin balansat). V. Satir a observat că pacienții care manifestau acest dezechilibru, comentau frecvent, anterior exercițiului: „După ce mi s-a născut primul copil, totul a început să se clatine...”

Al doilea copil se adaugă grupului. Pentru a stabili grupul familial, el îl va sprijini pe tata din exterior, situându-se în fața acestuia și sprijinindu-l cu mâinile pentru a se reechilibra. În acest caz, presiunea asupra mamei crește.

Apare al III-lea copil care vine să susțină poziția mamei, prevenind dezechilibrul acesteia și prin ea, al întregului grup. El înconjoară cu mâinile talia mamei. Tatăl se simte tras pe spate. Sosește al IV-lea copil care îl ajută să se restabilească pe picioare. Datorită suportului copiilor, părinții sunt acum într-o poziție stabilă.

Întregul aranjament a fost perceput de familie ca incredibil de incomfortabil.

Al III-lea născut (înlănțuit cu brațele de mamă) poate fi considerat „copilul mamei”. El nu comunică direct decât cu ea, după cum al doilea născut nu comunică direct decât cu tatăl. Dacă mama se întoarce către ceilalți, are o viziune incompletă asupra lor, la fel tatăl pe care îl sprijină. Mama spune: „Am avut o mică problemă respiratorie, m-am simțit prinsă” (anxietate datorată pe de o parte relației prea strânse cu copilul al III-lea, iar pe de altă parte absenței contactului afectiv cu ceilalți). Copilul de la bază (I-ul născut) afirmă: „Mi-e frică să mă mișc pentru că s-ar putea dărâma totul”. Într-adevăr, prinși într-o poziție cu un suport precar, nici unul nu se poate mișca pentru că altfel se produce „colapsul” întregii familii. Tatăl afirmă: „Simt că sunt răsucit, sunt întors pe dos, spatele mă doare și mă clatină”. Al IV-lea copil se simte neinclus, pe dinafară, își caută mereu locul. Primul copil se târăște ușor în direcția din fața sa, apoi se ridică pe propriile-i picioare. Familia nu se dărâmă, dar el spune: „Nu mai vreau să mă întorc acolo! Mi-ajunge cât am stat ghemuit.” Treptat, familia se desface până când fiecare ajunge să stea pe picioarele sale, fără a se mai sprijini pe nimeni altcineva. Dar efortul posturii forțate se resimte. Fiecare respiră acum, în sfârșit, mai ușor. Soția dă drumul mâinilor soțului. „Probabil că el va fi tot acolo când mă întorc” își spune ea și face câțiva pași pentru a-și „vizita” copiii plecați. Ei se îmbrățișează. În final, soțul se simte eliberat, își întinde spatele și picioarele, pentru a respira cât mai adânc și li se alătură.

Metafora posturală i-a ajutat să-și înțeleagă mai bine pozițiile relaționale și emoționale, deficitale de comunicare și intercondiționările care le-am impus limitării. Ei singuri și-au modificat poziția pentru a se regăsi într-o postură mai confortabilă, mai liberă, mai matură. În mod spontan familia a acționat pentru a-și dobândi siguranța, liniștea și plăcerea.

##### 2. Poziția „stăpân-sclav”

Se practică pentru conștientizarea raporturilor dominare-submisie în relația maritală. Soția stă pe un scaun, dar având un picior sprijinit pe spina soțului care se află la sol, „în patru labe”.

Ei experimentează poziția, se autoobservă și apoi schimbă rolurile. Interesant este faptul că dacă soțul supus încearcă să se târască „în patru labe” imediat efectul este dezechilibrarea celui dominator, care poate „pica” de pe scaun. De asemenea ei conștientizează cât de puțin se văd (se percep) unul pe celălalt (mai ales cel de jos, care pentru a-și vedea parțial stăpânul, trebuie să-și răsucescă gâtul foarte incomod. V. Satir comentează în cadrul acestui exercițiu: „Sunt sigură că ați observat că nimeni nu l-a forțat pe sclav să se așeze în acea poziție, ci că s-a așezat el însuși.” Adesea, bărbatul-sclav va spune: „Ea m-a pus aici...”

— Cum? — întreabă terapeutul, ceea ce prilejuiește exprimarea sentimentelor și conștientizarea relației.

Un tată care face pe sclavul în sculptură, decide că nu poate duce greutatea soției și a copiilor în spinare și se târăște, îndepărtându-i unul câte unul. Exercițiul prilejuiește comunicarea autentică și înțelegerea raporturilor și sentimentelor nemărturisite.

##### 3. Poziția „Tu și numai tu”

Stând față în față, cu brațele înlănțuite („Ce mai contează lumea din afară”) este o poziție metaforă pentru conștientizarea relației excesiv de posesive, cu distanță emoțională absentă. Relația creează experimentarea limitelor autonomiei personale. La întrebarea: „Ce vrei să faci pe cont propriu?” se produc insight-uri semnificative privind dependența sau presiunea psihologică („sufocant”). Un răspuns tipic din partea partenerului înlănțuit este: „Mă simt împins în afară.”

##### 4. Poziția „În cărca dragonului”

Soțul stă în picioare, drept. Soția agățată în spatele lui, cu brațele înconjurându-i gâtul și pieptul. Ce se întâmplă dacă soțul vrea să traverseze camera? La început, el poate să se simtă destul de puternic, mândru și „bărbat”, dar după 5 minute?! Soția este și ea întrebată ce simte în timp ce este transportată. La început plăcere, apoi...?! Dacă ea dorește să schimbe direcția este posibil fără să schimbe poziția în care se află. Acum, schimbați locurile. Ce simțiți în acest experiment?



### 5. Poziția „Ne sprijinim unul pe altul”

Stând față în față, la distanță de un braț, sprijiniți-vă palmele reciproc. Acum unul dintre voi se mișcă din ce în ce mai tare... Celălalt aproape că va cădea în față. Analiza se practică în același mod. Se vor mișca fiecare, pe rând, și vor analiza efectele.

### 6. Poziția „Pe piedestal”

Soțul este așezat pe un scaun, iar soția la picioarele lui, pe podea. Explorați-vă amândoi sentimentele și apoi schimbați-vă rolurile.

O soție afirmă următoarele: „Nu putem realiza un contact ochi în ochi. Cu mult înainte am resimțit faptul că el era deasupra tuturor...”

### 7. Poziția „oscilație liberă”

Stând față în față, apropiați-vă atât cât să vă fie bine. Ce simțiți? Mișcați-vă liber în sens „du-te vino”. Atingeți-vă unul pe altul. Duceți-vă fiecare pe drumul lui și întoarceți-vă. Căsătoria voastră poate atinge acest ideal?!

Comparați-vă sentimentele experimentând diverse poziții. Dacă una dintre ele este modelul căsătoriei dumneavoastră, vă puteți simți fie mai bine, fie mai anxioși. Dacă obișnuiți să fiți puternic dependenți de partener, vă poate face să-l vedeți într-un mod neconfortabil, capabil să vă părăsească și apoi să se întoarcă. Dacă unul dintre voi a fost întotdeauna pe piedestal, veți găsi că este nepotrivit să vă situați la același nivel amândoi. În felul acesta puteți afla natura reală a relației dintre voi.

• **Sculptura familială, coregrafia sau spațializarea** sunt folosite, de asemenea, de Jefferson (1978) pentru a clarifica anumite „scene” ce provin din trecut. Instructajul tipic este: „Amințește-ți de tine cum stăteai în fața casei tale din copilărie. Lasă-te în această imagine, mergi și descrie ce se întâmplă.” Cu această tehnică se încearcă prin „sculptură” și „coregrafie” (mișcare) să se portretizeze percepțiile subiectului asupra vieții lui de familie din copilărie. Este foarte utilă în ascuțirea sensibilității și poate aduce foarte multe informații terapeutului. Este mult mai util dacă se sugerează anumite schimbări, care să fie traduse în acțiuni. „Îți place cum stai, ce faci? Dacă nu, schimbă poziția așa cum vrei tu ca să-ți fie bine.

Și dacă te preocupă asta în mod real, fă ceva referitor la ea și între ședințele terapeutice (vezi poziția corporală) ca un indicator tipic al reacțiilor emoționale la anumite evenimente ale vieții de familie).

### 4.2. Coregrafia în grup de cupluri (terapia scurtă pentru cupluri — Peggy Papp)

Terapia scurtă pentru cupluri este o aplicație recentă a abordării comunicaționale.

Peggy Papp, la Institutul Ackerman al familiei a dezvoltat o formă a terapiei scurte pentru a fi folosită la grupurile de cupluri și care împletește abordarea comunicațională MRI cu „coregrafia familială”, o formă de sculptură familială (Papp, 1976a, 1976b). Cuplurile se întâlnesc în grupuri de 4 cupluri pentru 12 ședințe. În prima ședință el își coregrafiază relațiile. Coregrafia este un mod de comunicare Kinetic și analogic și poate portretiza mult mai bine decât cuvintele dilema centrală a relației cuplului. Această dilemă devine un focar al schimbării.

În timpul ședințelor următoare cuplurile sunt împărțite în grupuri separate de soți și respectiv de soții așa încât îndatoririle să fie fixate fără știrea celuilalt soț. Scopul acestui lucru este de a introduce un element de imprezizibil și de a fixa fundalul pentru flexibilitate și schimbare. De exemplu, în timpul săptămânii soțul A trebuie să ghicească dacă schimbarea în comportamentul soțului B este spontană, prescrisă sau creată de soțul A. Contextul grupului ajută de asemenea să se păstreze momentul schimbării atât prin susținere cât și prin confruntare. Abordarea în întregime este desemnată să inițieze și să susțină o schimbare rapidă.

Primul pas este considerat cel mai important în acest proces de schimbare; acesta scoate cuplurile din modelul previzibil și repetat al interacțiunii lor și le plasează într-o nouă direcție activă. Rapiditatea schimbării creează speranță și produce un moment de autoîntărire (PAPP, 1976a, 362).

### 4.3. Art-terapia familială este o altă tehnică structurată prin exercițiu expresiv

Kwiatkowska (1967) instruieste familiile să deseneze o serie de secvențe ordonate, incluzând

„bucatele de viață familială” pe care fiecare persoană să le facă, urmând să le includă într-un desen unificat al familiei (pictura familiei sau tabloul familial).

Bing (1970) solicită familia să se deseneze pe sine, iar Rubin și Magnussen (1974) îi cere ca din bucatele de ceramică să construiască un portret bi sau tridimensional al familiei. Elisabeth Bing descrie tehnica desenului conjugal ca o modalitate de stimulare a căldurii și a exprimării libere a sinelui. Instructajul de bază este: „Desenează un tablou reprezentându-vă pe voi ca familie (așa cum vă vedeți voi pe voi ca familie).” Rezultatul desenului poate dezvălui percepții care nu erau prevăzute a fi discutate sau poate stimula persoana să înțeleagă ceva prin intermediul desenului, ceva la care nu se gândise până atunci niciodată, ca în exemplele următoare:

• «Un tată a desenat un tablou al familiei sale în care el apărea stând deoparte, în timp ce soția și copiii, cu brațele încrucișate, se așezau în picioare. Deși această poziție era bine cunoscută soției sale și lui însuși, ei nu vorbiseră niciodată deschis despre semnificația ei. Îndată ce a produs „tabloul” și l-a arătat terapeutului, nu a mai existat nici un fel de manevră de evitare.»

• «Când terapeutul i-a rugat pe membrii unei familii să deseneze familia, o adolescentă (fiica) s-a dovedit cam nesigură cu privire la cum ar fi trebuit să procedeze. Nu se gândise niciodată prea mult la familia ei sau la rolul pe care îl avea ea în această familie. Pe măsură ce lucra, desenul ei părea să iasă din ce în ce mai mult la lumină. După ce a terminat, a fost oarecum surprinsă să descopere că ea se desenase pe sine mai aproape de tatăl și de surorile ei, decât de mamă. Acest lucru a provocat o discuție aprinsă între ea și mamă, cu privire la relația lor. Deși cele două își petrecuseră mult timp împreună, fiica nu se simțea apropiată de mamă, deoarece se simțea tratată de aceasta ca „un copil”, nevorbindu-i despre preocupările ei și manifestând doar un interes superficial pentru viața fiicei sale. Pe de altă parte, mama a fost surprinsă, dar nu total indispusă, aflând că fiica ei dorea să stabilească o relație bazată mai mult pe egalitate cu ea» (apud. M. Nichols, R. Schwartz, 1991, p. 301).

• O altă tehnică menită să crească expresivitatea este **desenul simbolic al spațiului vieții de familie** (GEDDES și MEDWAY, 1977). Mai întâi terapeutul desenează un cerc mare. El cere familiei să deseneze în interior numai ceea ce reprezintă interiorul familiei, alte persoane sau instituții urmând să fie plasate în desen în afara cercului. Fiecare membru al familiei trebuie să se reprezinte printr-un cerculeț în interiorul cercului familial, în locul pe care îl consideră semnificativ pentru poziția sa în raport cu ceilalți. Terapeutul comentează apoi percepțiile aparente ale membrilor familiei ca de exemplu:

„— Oh, tu te simți în afara tuturor celorlalți.”  
Sau:

„— Se pare că sora ta este mult mai deschisă față de părinți decât apari tu aici”.

### 4.4. Tehnici bazate pe joc de rol și drama-terapie

• Interviu cu păpușile familiale este o tehnică introdusă de IRWIN și MALLOY (1975), care constă în solicitarea unuia dintre membrii familiei de a pune în scenă o poveste utilizând păpușile. Această tehnică, folosită inițial în terapia prin joc cu copiii mici, s-a presupus a fi un vehicul pentru exprimarea și iluminarea puternică a conflictelor și alianțelor. Totuși tehnica se limitează la lucrul cu copiii, pentru că mulți adulți se dovedesc rezistenți în a „regresa” la nivelul acestora și a se exprima în acest mod.

• **Jocul de rol** este o altă tehnică favorită a terapeutilor experimentali. Readucerea schemelor trecute sau a proiecțiilor viitoare în prezent și experimentarea lor „acum și aici”, constituie obiectivul de bază. KEMPLER (1968) încurajează părinții să fantazeze și să joace roluri și scene trăite în copilărie. Mama poate fi solicitată prin jocul de rol să se comporte așa cum o făcea în copilărie, iar tatăl să joace „dilema fiului sau”, imaginându-se pe sine în locul lui, drept un băiat de vârsta acestuia, sau el însuși la acea vârstă.

Prin această tehnică se explorează blocajele emoționale (rupându-se dialogul familial și lucrându-se cu individul), se investighează amintirile și visele. Lui Kempler, lucrul individual intrapsihic în prezența familiei îi ocupă

o foarte mare parte din ședința terapeutică și din majoritatea ședințelor. Rațiunea acestui mod de lucru este convingerea că „problemele personale neîncheiate, nerezolvate”, împiedică întâlnirea autentică cu ceilalți membri ai familiei. Se utilizează de asemenea tehnica scaunului gol, preluată din Gestalt-terapie. Astfel, când un copil vorbește despre bunicul său, este pus în situația de a i se adresa chiar lui, personificat, substituit de un scaun gol aflat în fața clientului. Această tehnică este deosebit de utilă pentru intensificarea experiențelor emoționale prin „spargerea” amintirilor și a reacțiilor refulate, prin focalizare și acționare. Această tehnică „deschide” dialogul blocat între membrii familiei.

WHITAKER (1975) folosește o tehnică a jocului de rol pe care o numește „psihologia absurdului”. Ea constă în accentuarea calităților neraționale (nerezonabile) ale răspunsurilor pacientului până la limita absurdului.

Exemplu:

„Soția: — Nu mai pot sta cu soțul meu.

Terapeutul: — Atunci, de ce nu ai scăpa de el sau ia-ți un amant!”

Efectul poate fi câștigarea de către pacient a unei distanțe obiective prin participarea la modul de distanțare al terapeutului. Pericolul este însă ca pacientul să se simtă rănit sau „luat peste picior”.

**Evaluare.** Ca și liderii grupurilor de întâlnire, terapeuții experiențiali de familie acționează ca agenți provocatori ai unei conștientizări emoționale intense și ai unei expresivități crescute, care oferă familiilor în dificultate șansa

unei revitalizări a relațiilor, a unor interacțiuni mai autentice și a unei comunicări de-blocate. Reducând rezistențele emoționale, terapeuții se focalizează mai curând pe valoarea de schimbare a experienței și mai puțin a înțelegerii.

Terapia prilejuiește o experiență emoțională și de comunicare intensă, și nu atât o acțiune intelectuală, de tip interpretativ. Schimbarea produsă este evaluată prin efectul de catalizare a expresiei emoționale în afara sesiunilor terapeutice.

Rapoartele autorilor asupra validității rezultatelor consemnează efectele pozitive intra-terapie, cum ar fi capacitatea unei familii de a avea contacte directe cu fiul schizofren, sau satisfacția familiei posttratament.

Rezultatele, în general, au fost greu de obiectivat în comportamentele schimbate ale fiecărui membru, terapeuții considerând că nu este necesar ca fiecare să se schimbe, cât mai ales să se experimenteze stări emoționale intense care să deblocheze impasul funcțional al familiei în mod spontan. Un alt indicator de succes se referă la satisfacția și caracterul activ-creativ al terapeuților pe parcursul terapiei, în caz de insucces, aceștia fiind plictisiți și neantrenanți.

Desigur, una dintre contribuțiile majore ale T.E.F. este de a nu înceta să ne amintească într-o lume dominată de gândirea sistemică, că durerile și bucuriile individuale, atât de rar menționate, nu trebuie neglijate și că nu trebuie să pierdem din vedere „persoana” în sistem.

## Capitolul 9

# PSIHOTERAPIA EXPERIENȚIALĂ DE GRUP GESTALT-CREATIV - O PROVOCARE LA „CREȘTERE” -

Iolanda Mitrofan

Denisa Cristina Stoica

## CUPRINS

1. Creativitate interpersonală și terapie experiențială de grup .....	209
1.1. Creativitate interpersonală și proiecție .....	209
1.2. Experimentul ca întâmplare creativă .....	210
1.3. Tipuri de terapii de grup „aici și acum” .....	214
• Terapia de grup a lui C. Rogers (Encounter Group) .....	214
• Modelul întâlnirii deschise a lui W. C. Schutz .....	216
• Grupul gestalt-terapeutic .....	217
• Psihodrama .....	220
1.4. Conflict și creativitate interpersonală în terapia gestalt-creativă .....	222
1.5. Relația terapeut-client și creativitatea interpersonală .....	223
1.6. Grupul experiențial de tip gestalt creativ (de la clasic la modern) .....	226
2. Instrumente de provocare și creștere a creativității interpersonale în grupul experiențial de tip gestalt — sugestii metodologice .....	228
2.1. Lucrul cu metafora și fantezia .....	228
2.2. Lucrul cu visul .....	239
2.3. Mișcarea ca provocare și expresie (lucrul cu corpul) .....	243
2.4. Rezultatele unor experiențe românești — Terapia prin metaforă corporală .....	247
2.4.1. Studiu de caz .....	247
2.4.2. Metafora corporală, situații și scenarii metaforice în formarea terapeuților (I. Mitrofan și grupul SPER) .....	249

2.5. Metodă improvizației colective — sunetul ca instrument de provocare . . . . .	254
2.6. Metafora și fantezia de grup — un scenariu transformativ colectiv „Haos și Big Bang” . . . . .	255
3. Efectele aplicării unor metode și tehnici experiențiale de grup în terapia și optimizarea comportamentului (interpersonal) . . . . .	259
3.1. Exerciții suport . . . . .	260
• Nume noi — Prima impresie . . . . .	260
• Plimbarea oarbă - Moara . . . . .	260
• Percepția propriului spațiu . . . . .	261
• Grupul Statuar . . . . .	263
• Lucrul pe diade . . . . .	266
3.2. Evaluarea efectelor resimțite de către membrii grupurilor experiențiale . . . . .	269
• Efecte asupra membrilor . . . . .	269
• Efecte asupra grupului în ansamblu . . . . .	270
4. Dincolo de concluzii Terapia experiențială de grup ca provocare la creștere . . . . .	271

## 1. Creativitate interpersonală și terapie experiențială de grup

„A crea înseamnă a da la iveală”

M. Buber

Psihoterapia experiențială de grup oferă șansa unei experiențe care poate fi similară unui drum inițiativ. Acest tip de activitate terapeutică este, până la urmă, o aventură creativă care poate schimba vieți (J. Zinker).

Psihoterapia experiențială de grup oferă șansa autodescoveririi, oferă șansa autocreării prin întâlnirea cu celălalt. Ce poate însemna întâlnirea cu celălalt? Întâlnirea cu celălalt poate însemna provocare la creștere, provocare la autocreație, poate însemna provocare la autodescoverire. Partenerul se împlinește prin întâlnire (M. Buber).

Întâlnirea între doi sau mai mulți oameni poate da la iveală, poate crea, la fiecare dintre acești oameni, dimensiuni nebănuite, dimensiuni pe care ei le pot accepta și le pot integra sau pe care le pot proiecta. Manifestarea acestor dimensiuni nebănuite poate însemna începutul autocreării, începutul autodescoveririi. Orice interacțiune între terapeut și membrii grupului sau orice interacțiune între membrii grupului este o **posibilă interacțiune esențială**, interacțiuni care te poate „crea” femeie, bărbat, bufon sau credincios. Pentru a da la iveală bărbatul din el, un membru al grupului are nevoie de o astfel de interacțiune esențială. Experimentul constituie piatra unghiulară a terapiei experiențiale de grup (Zinker). Spre deosebire de exercițiu care este pregătit de terapeut înainte de ședința de grup, experimentul răsare dintr-o situație de grup la un moment dat. «Poate dacă aș spune că acum nu este decât un punct, punctul zero, acesta este nimic și acesta este „acum”. În momentul în care am simțit că experimentez ceva și vorbesc despre acest ceva, acest ceva deja a trecut. Acesta este „acum”». Așa începe un experiment și el reprezintă posibilitatea unor interacțiuni esențiale, posibilitatea creșterii interpersonale. Există experimente în care este dominant aspectul **suportiv** al interacțiunii esențiale. Experimentul de tip

Rogers face parte din această categorie. Terapeutul rogersian este văzut de unii autori ca o figură maternă care asigură suport, dă contur, stimulează coeziunea. În alte tipuri de experimente dominant este aspectul **provocativ** al interacțiunii esențiale. Acest aspect se referă tocmai la activarea acelor dimensiuni ale persoanei, a căror experimentare poate duce la **transformare**. Experimentul de tip Gestalt face parte din această categorie de experimente. Experimentele de acest tip „încep cu un simplu joc și se deplasează către revelația de sine” (Zinker, 1977, pag. 18). Terapeutul poate folosi ca instrumente de provocare metafora, visul, fantezia ghidată, jocul de rol, poveștile. Acestea sunt „vehicule” cu ajutorul cărora se poate avea acces la fenomenologia interioară a clientului. O simplă translație a metaforei clientului într-o experiență nouă și concretă poate provoca autodescoverirea. Grupul presupune nevoia de contact și în nevoia de contact se manifestă nevoia elementară de a crea. La experiment participă tot grupul. „Grupul devine o comunitate creativă în care creativitatea este emisă ca și radioactivitatea”, cum spune Maslow. „Experimentul se hrănește din creativitatea întregului grup”. **Creativitatea și psihoterapia sunt interconectate la un nivel fundamental: transformare, metamorfoză, schimbare.**

### 1.1. Creativitate interpersonală și proiecție

Instrumentele de provocare dau la iveală conținuturi și dimensiuni ce țin de fenomenologia interioară a individului. Atunci când individul nu recunoaște aceste conținuturi și dimensiuni, ca fiind proprii, se întâmplă proiecția. „Strict vorbind o proiecție nu se face niciodată, ea se întâmplă, ea este, pur și simplu acolo. În obscuritatea unui lucru exterior mie, regăsesc fără a o recunoaște ca atare, propria-mi lume interioară sau psihică.” (Jung) Proiecția poate fi patologică sau creatoare. Posibilitatea de a căpăta control asupra propriilor proiecții este dată de terapia experiențială de grup. Deosebirea între proiecțiile creatoare și cele patologice este aceea că „proiecțiile creatoare implică un dialog cu sinele, dialog al cărui rezultat poate fi un concept, o pictură, o sculptură sau un comportament.” (Zinker)



Proiecțiile creatoare implică dialogul individ-mediu. Proiecții creatoare au avut toți marii creatori. În procesul creativ terapeutic o proiecție poate deveni creativă. Zinker descrie **trei pași**: mai întâi clientul va învăța să-și atribuie ceea ce atribuie de fapt, lumii exterioare. În loc de „Ceea ce îmi provoacă o mare teamă este agresivitatea lumii”, el va învăța să spună: „Ceea ce mă sperie foarte tare este propria mea agresivitate”. În pasul al doilea clientul va iniția un dialog între „agresivitatea” sa și „blândețea” sa. În acest mod va reuși să-și integreze aceste polarități. În final, clientul își va transforma conflictul într-un produs concret. El va scrie o piesă sau va întâlni o politică sau va picta un tablou, toate acestea având elementul agresivitate, element pe care îl va cerceta, îl va înțelege și căruia va încerca să-i facă față. În proiectul creativ, își folosește conflictul pentru autocreație și autodescoperire. El se autodescoveră cu ajutorul proiecției.

Atunci când proiecțiile care se opun integrării se transferă asupra terapeutului este vorba despre transfer. Transferul este considerat un „factor creativ esențial și în același timp o stare provizorie care deși conține promisiunea unei posibilități de vindecare nu reprezintă în nici un caz vindecarea în sine”. Transferul este important din punct de vedere terapeutic însă nu este indispensabil vindecării. În unele situații poate constitui chiar o piedică în calea vindecării (Jung). Ca și celelalte tipuri de proiecții și transferul poate deveni creativ. Fiecare dimensiune proiectată poate fi integrată. Mijlocul integrării este identificarea cu fiecare din aceste dimensiuni. Individul va descoperi că energia pe care o așteaptă de la terapeut și de la lume există, de fapt, în el însuși. Rezolvarea conflictului legat de transfer, într-un mod creativ, este un mijloc prin care individul poate învăța să-și actualizeze potențialul. În relația de transfer nu este afectat numai clientul ci și terapeutul. Zinker accentuează rolul pe care îl are terapeutul în relația terapeut-client. În relația terapeut-client este, însă, vorba despre o legătură și o combinație care îl afectează pe terapeut. „Atunci când se combină două corpuri chimice, ambele sunt alterate. Același lucru se întâmplă și în cazul transferului.” (Jung, 1996, 133)

## 1.2. Experimentul ca întâmplare creativă

Experimentul este o întâmplare creativă (Zinker) care conține posibilitatea unor interacțiuni esențiale. După cum am mai menționat există experimente în care predomină aspectul suportiv al interacțiunii esențiale (experiment tip Rogers) și experimente în care predomină aspectul provocativ al interacțiunii esențiale (experiment tip Gestalt). Ne vom opri asupra experimentului de tip Gestalt deoarece aspectul provocativ al interacțiunii esențiale este foarte important pentru creșterea creativității interpersonale.

„Caracteristica unică a terapiei Gestalt constă în centrarea sa pe modificarea comportamentului persoanei în situația terapeutică, la un moment dat. Această modificare sistematică de comportament, atunci când se întemeiază pe experiența clientului se numește experiment.” (Zinker, 1978, pag. 123). În cadrul experimentului „a vorbi” se transformă în „a face”. Membrii grupului sunt provocați la „a face”. Cu ajutorul instrumentelor provocative (vis, metaforă, joc de rol, fantezie) se pot dezvolta experimente care vizează toate sferele umanului. Ceea ce au în comun aceste experimente este posibilitatea scoaterii la iveală a „ceva” interior și exprimarea acestui „ceva”. Acest „ceva” poate fi exprimat prin mișcarea unor părți ale corpului, prin dans, prin cântec, prin sărituri, prin schimbarea vocii, prin jocul cu perne.

Întâlnirea cu celălalt în cadrul experimentului îmi activează acel „ceva” interior și mă „obligă” să-l exprim. Experimentul îl provoacă pe individ să se autoexploreze și fiind vorba despre terapie de grup putem spune că **experimentul îl provoacă pe individ să se exploreze prin întâlnirea cu celălalt**. Oferă astfel posibilitatea autocreației. Orice dimensiune neexplorată a clientului se poate manifesta „aici și acum”.

Experimentul se poate dezvolta pornindu-se de la experiența unui membru al grupului. Visul sau fantezia unui membru al grupului este de ajuns pentru dezvoltarea unui experiment. Iarăși, un conflict între membrii grupului poate determina apariția unui experiment. Situații din viața de zi cu zi pot însemna puncte de plecare pentru dezvoltarea unui experiment,

probleme familiale, probleme privind educația, coșmaruri, situații conflictuale nerezolvate. Situațiile pot fi inventate. Imaginația grupului e foarte bogată în acest sens. „Energia grupului nu circulă doar între terapeut și membrii grupului. Există variate combinații și permutații între oameni.” (Zinker, op. cit., pag. 169). Există tot atâtea posibile interacțiuni esențiale. Experimentul implică și explorarea de sine a terapeutului. El se poate găsi în situația să-și schimbe comportamentul său obișnuit. El nu este întotdeauna cel care inventează experimentul. El creează atmosfera necesară „emiterii” creativității grupului. Folosindu-se de instrumentele provocative terapeutul dă tonul improvizației care poate duce la transformare. De exemplu, folosindu-se de metaforă poate provoca interacțiuni, în cadrul grupului, care să transforme grupul, care să-l orienteze într-o nouă direcție.

Metafora este o modalitate de a pune alături elemente care, de obicei, nu se „împacă”. „Cheia constă în alegerea unei metafore sau imagini care este atât de nouă încât să-i provoace pe oameni la explorare și nu atât de nouă încât oamenii să nu fie capabili, să se poată identifica cu ea.” (idem, op. cit., pag. 170) Scopurile experimentării creative (Zinker, pag. 126) sunt:

- lărgirea repertoriului de comportament al clientului;
- crearea condițiilor care să permită autocreația, stimularea învățării experiențiale și conturarea unei noi concepții de sine;
- rezolvarea conflictelor și integrarea polarităților;
- integrarea înțelegerii cu expresia motorie;
- conștientizarea polarităților;
- reintegrarea introiecțiilor;
- găsirea circumstanțelor în care persoana se poate simți puternică, competentă și încrezătoare în sine și poate acționa ca atare.

### • Evoluția unui experiment

Un membru al grupului comunică grupului un vis sau o fantasmă. Comunicarea acestui vis activează în fiecare membru al grupului și în terapeut diferite dimensiuni ascunse sau familiare. Provocarea a fost făcută.

Întregul grup este provocat să participe la experiment. „Se creează o dramă într-un anumit spațiu și timp, o dramă care adesea le schimbă viețile.” (Zinker, idem pag. 127). Visul comunicat de acest membru al grupului ia viață în cadrul experimentului. Cu ajutorul grupului visul său poate fi „pus în scenă”. Elementele visului său pot fi interpretate de el și de diferiți membri ai grupului. Membrii grupului își pot alege roluri care sunt relevante pentru viața lor. Cineva își poate alege rolul unei mame dominatoare, altcineva își poate alege să joace rolul unei case goale sau rolul unui gândac. Prin intervențiile lui, terapeutul ușurează „punerea în scenă” a dramei. Astfel, poate „răsări” un experiment. Se poate spune că el răsare pur și simplu: „S-a întâmplat așa, deodată”. Lucrurile nu stau chiar așa. Procesul de dezvoltare a unui experiment este foarte complex și este diferit de descris. Există **10 stadii de dezvoltare a experimentului** (Zinker, pag. 128):

- identificarea de către terapeut a bazei pe care se va dezvolta experimentul;
- negocierea consensului între terapeut și client;
- gradarea;
- aducerea la suprafață a capacității de conștientizare a clientului;
- localizarea energiei clientului;
- concentrarea energiei clientului către dezvoltarea unei teme;
- generarea auto-suportului (self-suport) atât pentru client cât și pentru terapeut;
- alegerea unui experiment particular;
- interpretarea experimentului („trăirea”);
- insight și completare.

### 1. Identificarea, de către terapeut, a bazei pe care se va face experimentul

Acest stadiu se referă la identificarea „modelului despre lume” al clientului (Gordon, pag. 10). Fiecare ființă umană are propriul său model despre lume, model „întemeiat pe o combinație între factorii genetici și experiență” (Gordon, 1978, pag. 10). „Modelul include toate experiențele, toate generalizările corelate cu aceste experiențe și toate regulile care guvernează aplicarea acestor generalizări” (Gordon, idem, op. cit.).

Clientul își va prezenta situația în temeiul propriului lui set de metafore. Dacă terapeutul nu identifică acest set de metafore există riscul confuziei și neînțelegerii. „Metafora este un mod de a vorbi despre experiență” (Gordon, ibidem, pag. 9) și fiecare om are propria lui metaforă.

Identificarea metaforei clientului este esențială pentru stabilirea contactului client-terapeut. Zinker recomandă ca, la începutul terapiei, clientul să fie lasat să vorbească fără a-l întrerupe prea des. Numai așa se poate identifica metafora clientului. Persoana este încurajată să comunice spontan „aici și acum”. Astfel se va decanta „tema” clientului, tema care se va dezvolta într-un experiment.

### 2. Negocierea consensului terapeut-client

Procesul de negociere cu clientul, în ceea ce privește dezvoltarea experimentului, se numește consens” (Zinker, idem op. cit. pag. 131). Pentru unii terapeuți consensul reprezintă elementul de bază al muncii lor. Ei au nevoie de un acord sau un mini-contract în virtutea căruia clientul se angajează să execute o anumită sarcină. În momentele critice ale experimentului terapeutul îi spune clar clientului că poate fi de acord sau nu în a încerca o sarcină nouă. Maniera în care se conturează consensul este dependentă de stilul personal al terapeutului. Dacă terapeutul a reușit să realizeze cu clientul un contact real, nu mai este necesară întărirea verbală a acordului cu clientul. Terapeutul îl „aude” pe client și clientul îl „aude” pe terapeut. Consensul rezultă în acest caz din situația terapeutică la un moment dat. Clientul este pregătit de terapeut să-și exprime nevoile și ceea ce trăiește din moment în moment.

### 3. Gradarea

Gradarea se referă la ajutorul care trebuie acordat clientului pentru a participa la experiment la nivelul la care e gata să participe la ședința de terapie (Zinker, ibidem, pag. 132). Atunci când experimentul îl solicită pe client sub nivelul lui de funcționare (experimentul nu este destul de provocativ pentru client), complexitatea experimentului va fi crescută de terapeut (grading up).

Atunci când experimentul îl solicită pe client peste nivelul său de funcționare, complexitatea experimentului va fi scăzută (grading down).

### 4. Conștientizarea

Senzațiile clientului și conștientizarea împreună cu observațiile terapeutului reprezintă „blocurile de bază pentru construcția experimentului” (Zinker, ibidem, pag. 137).

### 5. Localizarea energiei

Relația între energie și personalitate este foarte clar reflectată în individul depresiv (Lowen, 1975, pag. 47). Individul depresiv este „depresat energetic”. Prezența energiei poate fi reflectată de mișcare, de nivelul respirației, de culoarea feței, poziția corpului și postura.

### 6. Concentrarea energiei

După ce energia a fost localizată, ea va fi orientată în zona în care se poate dezvolta un experiment. Orientarea energiei într-un loc sau altul depinde de cursul experimentului.

### 7. Pregătirea auto-suportului

Clientul trebuie învățat să-și sprijine propria activitate. Poziția corpului, respirația trebuie modificate în funcție de activitatea pe care o are de îndeplinit clientul. Trebuie create condițiile atât în mediul exterior, cât și în corp, necesare auto-suportului.

### 8. Dezvoltarea temei

„Tema este legată de conținutul ședinței terapeutice” (Zinker, ibidem, pag. 140). Instrumentele de provocare dau la iveală, activează o mare bogăție interioară a clientului. Este un moment în care fiecare conținut, fiecare dimensiune activată de o metaforă, de exemplu, își are propriul sunet și fiecare încearcă să se audă eel mai tare. E un moment de confuzie pentru client. Din această dinamică a dimensiunilor se va contura, însă, tema.

- „— Dacă ai fi o muzică, ce muzică ai fi?”
- „— Nu știu.”
- „— Nu știi?”
- „— Nu știu”
- „— Nu știi sau nu vrei să știi?”
- „— Nu vreau să știu.”

- „— Nu vrei să știi...!!”.
- „— Nu.”
- „— Poți să-mi spui cum arată acest «nu vreau»?”
- „— Nu prea văd.”
- „— Are miros, are culoare, are formă?”
- „— Nu are formă fiindcă altfel ar fi un corp. Dar are culoare”.
- „— Ce culoare are?”
- „— E negru. E haos.”

Iată o posibilă temă a experimentului. Haosul, nimicul, necunoscutul. Această temă poate fi abordată la diferite nivele de complexitate. Poate fi vorba de necunoscutul din interiorul clientului, poate fi vorba despre necunoscutul din exteriorul clientului, poate fi vorba despre necunoscut în general, poate fi vorba despre o stare concretă a clientului, situație care nu are sens pentru client.

O temă poate fi dominantă, la un moment dat, în ședința de terapie, însă ea nu este izolată, ci este interrelaționată cu alte teme care sunt posibile teme dominante. Zinker spune, în acest sens, „temele se prezintă în diferite uniități sau mărimi.”

Această dinamică a temelor oferă bogăția experiențială a unui experiment.

### 9. Alegerea experimentului

- „— Unde te situezi în raport cu acest haos?”
- „— Uneori mă situez în interior, alteori în exterior.”
- „— Cum e când ești în interiorul haosului?”
- „— E foarte interesant”.
- „— Cum e? Ce înseamnă interesant?”
- „— E ca o furtună în creier.”
- „— Fii furtuna din creier.”

Acesta este începutul unui posibil experiment cu tema haos, nimic, necunoscut. Clientul se rotește, dă din mâini. Mișcările lui degajă putere.

- „— Cum e furtuna ta?”
- „— Puternică, agresivă, haotică”.
- „— Ce simți în raport cu această furtună?”
- „— Această furtuna sunt eu”.
- „— Așadar, cum ești tu?”
- „— Puternic, agresiv, haotic”.

Un alt experiment ar putea implica un dialog între forțe necunoscute din interiorul clientului.

- „— Atunci când ești în apropierea haosului cum te simți?”
- „— E fascinant.”
- „— E fascinant. Ce înseamnă pentru tine fascinant?”
- „— E pur și simplu fascinant. Nu îl simt nici auditiv, nici vizual. Îl simt și atât.”
- „— Poți iniția un dialog cu acest haos?”
- „— Nu e o persoană. Sunt multe persoane în el.”
- „— Începe un dialog cu una din arătările care sunt în el.”

Acesta poate fi începutul unui alt experiment.

### 10. Experimentul propriu-zis

- „— Ești în fața haosului. Poți iniția un dialog cu el?”
- „— Sunt în fața haosului. Se aude o muzică dodecafonică și uneori un cor grecesc. Haosul apare ca o pâlnie cu gura întoarsă spre mine. Se rotește această pâlnie și în rotire apar și niște dungi gri-albastrii. Văd mișcarea.”
- „— Vezi mișcarea?” „Pâlnia se rotește dar nu mă aspiră. E ca un vârtej negru. Muzica se aude în continuare.”
- „— Ce îți vine să faci acum?”
- „— Acum nu se mai mișcă nimic. E negru peste tot. E rece.”
- „— Încearcă să dialoghezi cu haosul.”
- „— De ce mă sperii?” (transpunere în joc de rol)
- „— Eu nu te sperii. Așa sunt eu.”
- „— Ești rece și înfricoșător.”
- „— Cunoaște-mă și ai să vezi că nu e așa.”
- „— Cum aș putea să te cunosc. Nu văd cum aș putea să te cunosc?”
- „— Vino. Pătrunde în mine. Vino.”
- „Sar în haos. Sunt luat pe sus ca de un vânt. Mă rostogolesc. Mă rotesc. Apare o nuanță cenușie-albastruie.”
- „— O nuanță cenușie-albastruie?”
- „— Se aude din când în când. «Sunt aici, sunt aici!». Eu plutesc. Acum e albastru. E liniște. E armonie.”
- „— Cum te simți acum?”

„— Excelent.

„— Ce îți vine să faci?”

„Deocamdată o să mai plutesc puțin.”

În acest experiment clientul a suferit o transformare. El a ajuns să sufere această transformare în interiorul haosului și viziunea lui despre haos, despre nimic, despre sinele necunoscut s-a schimbat deodată cu transformarea lui. De la o stare de teamă, de frică, stare însoțită de senzații neplăcute („E rece.”, „E negru.”) el a trecut la o stare de bine, chiar în interiorul haosului.

Zinker recomandă ca niciodată să nu fii sigur, ca terapeut. Clientul a învățat dintr-un experiment ceea ce tu ai învățat. De aceea, este bine el să fie întrebat despre ceea ce a învățat. Multe, din ceea ce a învățat clientul sunt foarte dificil de exprimat în cuvinte. Pe de altă parte insight-ul poate apărea după două zile. Clientul „a ieșit la iveală” în timpul experimentului. Însă nu mereu integrarea se produce instantaneu. Ritmul de integrare este diferit la fiecare om.

Modul în care protagonistul își rezolvă un conflict poate deveni semnificativ pentru acei membri ai grupului care se confruntă cu același tip de conflict. **Metafora haosului** poate da la iveală și la alți membri ai grupului, **teama de necunoscut, teama de nimic, teama de haos**. Ei se pot confrunta cu același tip de conflict ca și protagonistul însă ritmul de integrare este diferit. Orice interacțiune de provocare este o posibilă interacțiune esențială.

În acest mod poate „răsări” un experiment. „A dezvolta un experiment este ca și cum ai dezvolta o operă de artă” (Zinker, op. cit., pag. 153).

### 1.3. Tipuri de terapii de grup „Aici și Acum”

Atunci când vorbește despre terapii „aici și acum”, Zinker se referă la terapiile umaniste existențial-experiențiale, terapii bazate inițial pe concepte psihanalitice și pe modelul dinamic al omului. El numește aceste terapii, terapii „aici și acum” referindu-se la **fenomenologia** asociată acestor terapii. Terapiile „aici și acum”, terapiile experiențiale sunt legate însă de existențialism. Rădăcinile acestor tipuri de terapie se găsesc, așadar, în filosofia existențialistă.

Pentru o viziune corectă asupra acestui tip de terapie, este important să reamintim despre aceste rădăcini existențialiste. Termenul „existență”, literal, înseamnă „a răsări”. „A răsări” constituie preocuparea de bază a existențialiștilor. Cum să descrii omul răsărind, devenind în plinătatea lui? Terapia existențialistă este asociată cu numele lui Binswanger. Combinând psihanaliza cu fenomenologia, în special a lui Husserl, Binswanger a realizat importanța lui „a fi în lume”. Analiza existențială înseamnă analiza lui „a fi aici”. Multe dintre tehnicile folosite în analiza existențială sunt psihanalitice. Diferența esențială, însă, între acest tip de terapie și terapiile psihodinamice este faptul că viața pacientului este văzută ca modalitatea lui de a fi în lume. Nu este folosită nici o teorie pentru a înțelege viața pacientului. Fiecare individ este unic și are o unică istorie de viață, istorie care joacă un rol foarte important în viața lui prezentă. Așadar, abordarea existențială folosește multe din tehnicile psihanalitice, însă, există și mari diferențe în ce privește raportarea la vise, relația cu clientul, transferul. După Zinker, ea nu acoperă totalitatea relațiilor „aici și acum” din situația terapeutică. „Terapeuții existențialiști vorbesc mult și fac puțin”, comentează Zinker (pag. 87). Cea mai pură formă de terapie „aici și acum” este terapia rogersiană. Printre terapiile existențial-experiențialiste, terapia dezvoltată de Rogers a avut cel mai mare impact.

#### • Terapia de grup a lui Rogers (Encounter Group)

Este o terapie non-directivă și se mai numește terapie centrată pe client. Non-direcțivitatea și centrarea pe client sunt dimensiuni esențiale ale acestui tip de terapie. Terapia este non-directivă fiindcă terapeutul acceptă ceea ce-i relatează clientul neavând idei preconcepute în raport cu el. Clientul sau grupul dă contur ședinței de terapie. Terapeutul rogersian stimulează grupul într-o manieră non-directivă, în sensul dezvoltării unei atmosfere de încredere și suportive. El se menține în procesul terapeutic, se menține în situație, mai degrabă, decât să creeze, să inventeze noi situații de grup.

Zinker vede grupul rogersian ca pe un cerc de indivizi care au putere egală iar terapeutul se comportă ca unul dintre membrii grupului.

Terapeutul rogersian încearcă să dea întreaga putere grupului și proceselor de grup. În grup el se autodezvăluie și nu se prezintă ca o sursă de putere. El crede în capacitatea clientului de a se raporta la viața sa în mod constructiv.

Centrarea pe client se referă la faptul că terapeutul încearcă să perceapă lumea așa cum o vede clientul. Încercarea de a avea acces la fenomenologia interioară a clientului se întâlnește și în analiza existențială.

Tehnicile rogersiene au o bază fenomenologică. Câmpul fenomenologic al individului este foarte important. Terapeutul îl învață pe client acceptarea de sine. Relația pe care o presupune terapia rogersiană este cel mai important factor pentru procesul schimbării.

Rogers descrie un model de schimbare graduată a clientului sub influența relației terapeut-client. În primul rând, clientul începe să-și exprime sentimentele în mod liber și începe să-și clarifice obiectele acestor sentimente. În al doilea rând, clientul începe să sesizeze propria lui incongruență. Și, în al treilea rând, conceptul despre sine începe să fie restructurat, experiențele și sentimentele negate de client fiind integrate.

Rogers a stabilit și cinci teme de bază ale **relației terapeutice**, relație foarte importantă pentru creativitatea interpersonală:

1. **Clientul își explorează incongruențele.** Încearcă să înțeleagă de ce într-un anumit moment a simțit așa și de ce în alt moment a simțit altfel. Este foarte important ca el să conștientizeze sentimente pe care a încercat să le reprime.

2. **Experimentarea sentimentelor de către client.** Această temă se referă la deblocarea emoțională. El poate experimenta emoțiile în cadrul situației terapeutice.

3. **Experimentarea de către client a acceptării necondiționate din partea terapeutului.** El se simte în siguranță în dezvăluirea celor mai slabe puncte ale sale. Scad defensele și începe să se valorizeze.

4. **În cadrul experimentului se conturează o nouă imagine de sine, imagine pe care clientul o descoperă.** Mai întâi experimentează o dezorganizare a imaginii de sine după care urmează reintegrarea. Noua imagine de sine ce rezultă ca efect al reintegrării este construită pe propria experiență și nu pe idei preconcepute, ale lui sau ale altora.

5. **Clientul experimentează ființa „nouă” în acțiune.** Ființa „nouă” este ființa dată la iveală în experimentul terapeutic. El va observa că acțiunile lui se modifică pe măsură ce iese la iveală „noua ființă”.

Aceste cinci teme reflectă foarte bine efectele terapiei centrate pe client. Aceste efecte se referă în primul rând la creșterea personală și nu la adaptabilitatea socială.

În experimentul de tip Rogers domină aspectul suportiv al interacțiunii esențiale, condițiile auto-descoperirii fiind autenticitatea (genuineness), acceptarea necondiționată (unconditional positive regard) și comprehensiunea empatică (empathic understanding). „În relațiile mele cu ceilalți am descoperit că nu este de nici un folos să fiu ceea ce nu sunt.” (Rogers, 1993, pag. 16)

La acest lucru se referă Rogers atunci când vorbește despre autenticitate. Terapeutul nu se ascunde în spatele unei fațade profesionale. El se prezintă în fața clientului așa cum este în acele momente. El nu va pretinde că știe atunci când nu știe, nu va pretinde că e vesel atunci când este supărat. Această congruență a terapeutului se bazează pe faptul că el știe să asculte de el însuși. „Am descoperit că sunt mult mai eficient ca terapeut atunci când ascult de mine însumi și când pot fi eu însumi.” (Rogers, idem, pag. 17) Terapeutul se expune, ca și clientul, la întreaga experiență emoțională implicată de relația lor. El încearcă compasiune atunci când clientul este într-o stare care necesită compasiune, teamă când clientul reacționează violent față de consilier și față de alții.

Autenticitatea terapeutului presupune un mare curaj și o mare tenacitate. „Am descoperit că e ceva extraordinar să accepți o altă persoană.



Acest lucru nu este ușor.” (Rogers, ibidem, pag. 20) Este foarte greu de comunicat. „Pot permite unei persoane să simtă ostilitate față de mine? Îi pot accepta furia? Pot să-i accept viziunea depre lume, diferită de viziunea mea? Pot să-i accept sentimentele pozitive față de mine și faptul că vrea să mă ia ca model?” (Rogers, ibidem, pag. 21) Toate aceste probleme sunt implicate în acceptanță și nu se întâmplă ușor. „Am descoperit că este de mare valoare să-mi permit mie însumi altă persoană.” (Rogers, ibidem, pag. 18) Empatia este realizată de capacitatea terapeutului să pătrundă interiorul clientului la cel mai adânc nivel (Corey, 1988, pag. 75). „Am descoperit că ne putem îmbogăți dacă ne deschidem canalele pentru a ne comunica sentimentele, lumea lor privată.” (Rogers, 1993, pag. 19) „Înțelegerea empatică înseamnă contactul permanent cu clientul pentru validarea percepțiilor și nu blocajul la auzul „conținutului” clientului.” (Corey, op. cit., pag. 76) Simpla acceptare a clientului, reformularea, maniera non-directivă, clarificarea sentimentelor sunt tehnici specifice terapiei rogersiene în grup, ca și în cazul celei individuale.

### Tehnici

Empatia, autenticitatea și acceptarea necondiționată a clientului, constituie elemente asociate cu procesul creativ. Aceste elemente, manifestate de către terapeut activează, dau la iveală cele mai ascunse dimensiuni ale personalității clientului. Experimentarea sincerității, acceptării necondiționate, autenticității terapeutului față de aceste dimensiuni determină **aceleași atitudini din partea clientului față de propriile lui dimensiuni**. Clienții vor experimenta ei înșiși acceptarea de sine. Maslow corelează acceptarea de sine cu creativitatea (1962, pag. 132). Iarăși, deschiderea către experiență este asociată de Maslow cu starea de creativitate (Maslow, idem, op. cit., pag. 133). De altfel, una dintre „învățăturile” lui Rogers este: „Cu cât sunt mai deschis față de realitățile mele interioare și față de ale altora, cu atât evit mai mult «lucrurile fixe.»” (Rogers, ibidem, pag. 21) În terapia centrată pe client, foarte importantă este relația terapeut-client.

Atmosfera de siguranță și încredere facilitează dezvoltarea relației client-terapeut.

Deoarece terapia rogersiană e preocupată, în special, de realitățile fenomenologice ce țin de relația terapeut-client, strategiile acestei terapii nu implică tehnici ce presupun a face ceva. Aspectul provocativ al acestei terapii este foarte estompat. Nu există tehnici sau instrumente care să determine un progres observabil către un scop. Atât clienții cât și terapeutul trăiesc experimentul terapeutic „aici și acum”.

### • Modelul întâlnirii deschise al lui W. C. Schutz

Modelul lui Schutz este unul de tip Encounter Group. Format ca lider de T-Grup, Schutz devine treptat unul dintre promotorii modelului întâlnirii (alături de C. Rogers). De asemenea, și-a adus o contribuție importantă în delimitarea conceptului de creativitate și în dezvoltarea metodologiei de grup.

În 1967, Schutz pune conceptul de *creativitate* în legătură cu funcționarea optimă a personalității, adică ceea ce Rogers denumea prin *autoactualizare* și se traduce printr-un sentiment de bucurie. În lucrarea sa „Joy”: „Expanding human awareness” (1967), prezintă și metodele specifice care permit manifestarea acestui sentiment de bucurie.

Creativitatea nu e doar o manifestare a capacităților unei persoane, ci implică pătrunderea dincolo de aceste capacități și explorarea unor dimensiuni necunoscute. Esențiale pentru creativitate sunt următoarele aspecte: achiziția, asociația, expresivitatea, evaluarea și perseverența.

*Achiziția* se referă la acumularea elementelor experiențiale. Este o deschidere spre noi experiențe, o capacitate de a percepe mediul înconjurător și de a conștientiza propriile experiențe. Informația și experiența internalizate de individ constituie punctul de plecare în procesul creativ.

Persoana deschisă spre experiență, capabilă de simțire, acumulează mai multe elemente experiențiale decât persoana rigidă, care nu permite manifestarea propriilor sentimente.

*Asociația* este o altă etapă a procesului creativ, care se referă la combinația în diferite modalități a elementelor experiențiale. Se poate vorbi de asocierea informațiilor, a senzațiilor sau a emoțiilor, toate acestea fiind foarte importante în activitatea creativă. Esența asociației constă în realizarea de conexiuni între elemente care nu sunt relaționate în mod evident.

*Expresivitatea*. Schutz insistă asupra factorilor care acționează la nivel conștient sau inconștient limitând expresivitatea persoanei. Consideră că existența acestor inhibații (educaționale, culturale, sociale etc.) împiedică autorealizarea să se întâmple. Un pas important în dezvoltarea expresivității se face prin crearea în cadrul grupurilor a unei atmosfere de explorare reciprocă a laturii expresive a personalității fiecărui membru al grupului.

*Evaluarea și autoevaluarea*. Comportamentul rezultat din asocierea unor elemente experiențiale trebuie să aibă și o altă caracteristică, în afara aceleia de a fi creativ, să fie util.

Evaluarea implică o doză mare de subiectivism și blocaje emoționale (mai ales în autoevaluare) Schutz propune tehnici specifice pentru a crește capacitatea de evaluare și autoevaluare a membrilor unui grup.

*Perseverența*. Ideile creative și comportamentul creativ nu sunt suficiente pentru o contribuție creativă reală. Aceasta presupune și o atitudine de perseverență; ideea creativă trebuie maturizată, trăită înainte de a fi exprimată. Lipsa de perseverență poate duce la pierderea unei idei creatoare valoroase. Cauzele pot fi scăderea interesului, respingerea rutinei, presiunea socială, atitudinea față de autoritate etc.

Pentru fiecare dintre aceste cinci aspecte Schutz propune tehnici specifice, aplicabile în grupurile mici

\*  
\* \*

Referindu-se la experiența de grup, Schutz apreciază că la baza formării relațiilor interpersonale stau trei nevoi fundamentale:

1. nevoia de apartenență sau de incluziune;
2. nevoia de control;
3. nevoia de afecțiune.

*Nevoia de apartenență* apare foarte devreme în viața grupului. Este legată de procesul de formare a grupului (procesul de intrare în contact). Această nevoie poate fi foarte ridicată sau foarte scăzută la unii oameni.

*Nevoia de control* este următoarea nevoie care apare în dezvoltarea unui grup, odată ce nevoia de apartenență este satisfăcută. După ce grupul s-a constituit apare diferențierea între membrii lui, diferiți membri adoptă diferite roluri și, din momentul acesta, lupta pentru putere și competiția devin probleme centrale în grup.

*Nevoia de afecțiune* apare în ultima fază a dezvoltării unui grup. Ea implică formarea de legături emoționale. Dacă în faza de incluziune oamenii decid să se întâlnească, iar în faza de control se încearcă rezolvarea problemei confruntării, în faza de afecțiune se cristalizează legăturile afective pe baza cărora se pot întemeia relații de lungă durată.

### • Grupul gestalt terapeutic

„Gestalt terapia este o întâlnire existențială între oameni.” (Zinker, 1978, pag. 96). Permite persoanei să se autodescopere, să se autocreeze prin întâlnirea cu celălalt.

După Zinker, Gestalt terapia este un mic exemplu de integrare a curentelor, behaviorist și fenomenologic. Ea abordează ființa umană la diferite niveluri de funcționare. După cum sugerează și numele, Gestalt terapia se bazează pe concepte din psihologia gestaltistă. O influență esențială asupra dezvoltării acestei terapii au avut mișcarea psihanalitică și lucrările lui Otto Rank și Wilhelm Reich. Termenul Gestalt nu se poate traduce în întregime însă poate fi tradus prin configurație, întreg. Figura și fundalul sunt conceptele principale ale teoriei gestaltiste. Figura se referă la tot ceea ce este în atenția individului în timp ce celelalte elemente, care nu sunt în atenția sa constituie fundalul. Gestalt terapia se bazează, în înțelegerea clientului și a problemelor sale pe aceste două concepte.

Perls a folosit acest termen referindu-se la integrarea părților într-un întreg. Această integrare constituie o funcție de bază a organismului uman. O altă funcție a organismului este permanenta luptă pentru echilibru. Echilibrul organismului este în mod continuu perturbat de nevoi. Prin gratificarea acestor nevoi echilibrul organismului se reface. Este vorba despre autoreglarea organică. Creșterea implică această autoreglare. Închiderea unui gestalt este urmată de apariția altei nevoi. Terapia gestaltistă este fenomenologică, după cum am mai precizat. Organizarea lumii este definită de realitatea subiectivă a propriilor percepții ale individului. Gestalt terapia este de asemenea existențială. Ea este centrată pe ceea ce se întâmplă „aici și acum” individului, este centrată pe ceea ce individul gândește, face și simte „aici și acum”, în grup. Terapia urmărește creșterea responsabilității individului pentru propriul comportament, sentimente, gânduri, inclusiv cele de care individul nu este conștient. Datorită acestor scopuri, terapeuții gestaltiști evită căutarea cauzelor care se află în spatele comportamentului, sentimentelor și gândurilor. Ei preferă experimentul ca mijloc de provocare și integrare a unor dimensiuni cunoscute sau necunoscute de client.

Zinker stabilește ca scopuri ale terapiei de grup creativ-gestaltiste:

- deplasarea către extensia conștiinței de sine a trupului, a sentimentelor, a mediului;
- atribuirea propriilor experiențe, evitând astfel proiectarea lor;
- a învăța să concretizezi propriile nevoi și căpătarea de deprinderi care să permită satisfacerea propriilor nevoi fără a-i viola pe ceilalți;
- deplasarea către un contact complet cu propriile senzații (a învăța să miroși, să guști, să atingi, să vezi, a te bucura de toate aspectele care țin de personalitatea ta;
- experimentarea propriei puteri și a capacității de autosuport în loc de manipularea mediului;
- a învăța să-ți asumi responsabilitatea pentru propriile acțiuni și răspunderi;
- a învăța să te simți confortabil în raport cu fantezia vieții și expresia ei;
- dezvoltarea senzitivității în raport cu mediul în același timp cu dezvoltarea unei „armuri”

pentru situații potențial distructive sau „otrăvitoare”.

Zinker specifică: „Acestea sunt câteva din scopurile generale ale Gestalt terapiei.” (op. cit. pag. 97) La baza terapiei gestaltiste stau concepte ca:

1. orientare aici și acum;
2. natura experiențială a terapiei;
3. responsabilitate;
4. polaritățile;
5. contactul;
6. figură-fundal.

1. Experimentul gestaltist are dimensiunea „aici și acum”. Elementele provocative în posesia cărora se află terapeutul dau la iveală dimensiuni ale individului care se traduc prin postură, respirație, gesturi, voce, expresie facială. Clientului i se cere de către terapeut, să traducă verbal semnificația existențială a posturii „Cum te simți?”, „Ce faci?”. Tocmai aceste întrebări conferă experimentului dimensiunea „aici și acum”.

2. Natura experiențială a terapiei se referă la posibilitatea experimentării zonei necunoscute dar și cunoscute a personalității clientului prin „aducerea” în ședința terapeutică (aici și acum) a unor situații din viața de zi cu zi, de exemplu conflicte nerezolvate. Experimentarea acestor dimensiuni poate însemna integrarea lor.

3. Responsabilitatea. Este vorba despre un concept de bază al gestalt terapiei. A căpăta control asupra propriilor proiecții în loc de a-i învinovăți pe alții pentru propriile sentimente, gânduri, a răspunde, a decide, a alege. Toate acestea înseamnă responsabilitate. Responsabilitatea pentru propria viață este asociată cu sănătatea.

4. Polaritățile. Activarea unor dimensiuni necunoscute ale personalității clientului poate genera conflicte intrapersonale și conflicte interpersonale. Gânduri, trăsături, valori, acțiuni pot reprezenta polaritățile care sunt în conflict. Integrarea acestor polarități este primul scop terapeutic. Conștientizarea acestor polarități, conștientizarea acestor aspecte care îi aparțin implică și o dinamică fundal-imagie.

Referindu-se la conștientizarea și integrarea polarităților terapiei gestaltiști vorbesc de **topdog** (ceea ce Freud a numit superego) și **underdog**. „Topdog este autoritar și drept; el este cel care știe cel mai bine. El este uneori bun dar întotdeauna este drept. Topdog este un terorist, el lucrează cu „trebuie” „sau cu „nu trebuie”. Topdog manipulează cu amenințarea catastrofelor. „Dacă nu, nu vei fi iubit, nu vei merge în rai, vei muri.” (Perls, op. cit., pag. 19) „Underdog manipulează fiind defensiv, jucând rolul neajutoratului. El nu are putere. Underdog este Mickey Mouse. Topdog este Super Mouse. „Voi face tot posibilul”, „Am intenții foarte bune.” (Perls, idem, pag.19)

5. Contactul. Contactul este modul de schimbare a celui alt și a modului în care el experimentează lumea. Contactul se realizează prin intermediul a șapte modalități de contact: a privi, a asculta, a atinge, mișcare, miros și gust (Polster & Polster, 1973, pag. 129-138). „Primele cinci modalități de contact sunt indicatori în cadrul ședinței terapeutice a stilului clientului de a face contacte. Persoana poate fi învățată în timpul terapiei să folosească aceste modalități de contact și să folosească efectele contactului. De exemplu, unii oameni încearcă dificultăți în a asimila experiența vizuală; ei pot evita privirea sau pot privi aiurea. Cu ajutorul unor strategii terapeutice această persoană poate fi ajutată să-și asimileze experiența vizuală (Polster & Polster, 1973, pag. 137-138).

6. Figura-fundal. Acest concept poate fi înțeles în corelație cu dinamica percepției. Cel care percepe își structurează percepțiile într-o figură care se va detașa din fundal. „O caracteristică a acestei figuri este completitudinea, închiderea (closure). Există și în situațiile sociale o astfel de tendință către completitudine. Uneori există interpuneri pe drumul către completitudine. Situația este neterminată. Ea va trece în fundal (background) de unde va continua să influențeze comportamentul prezent al persoanei. Este vorba despre o treabă neterminată (Passons, 1975, pag. 18-19) (c. 98).

### Condiții necesare creșterii și creativității interpersonale

Posibilitatea creativității interpersonale se manifestă în contact. Teama de contact, teama de implicațiile contactului îi determină pe unii oameni să întrerupă contactul mai degrabă decât să-l inițieze și să-l mențină. Ei nu au învățat să facă față, în mod creativ, contactului. Asemenea oameni dezvoltă astfel un stil de a face contacte care limitează contactul la ceea ce este **familiar**. Acest stil de a face contacte **limitează creșterea și creativitatea interpersonală**. Terapeutul poate provoca, în cadrul ședinței terapeutice, contacte care permit creșterea și creativitatea interpersonală. Problema este ca aceste contacte să nu-l suprasolicite pe client. Terapeutul trebuie să aibă grijă ca clientul să fie solicitat în anumite limite. Polster (1985) descrie trei faze prin care terapeutul poate reuși să solicite clientul în limitele lui:

1. **Descoperirea**. Această fază presupune aducerea unei probleme în prim plan și conștientizarea ei de către client.

2. **Acomodarea**. Se referă la adaptarea la descoperire.

3. **Asimilarea**. Se referă la integrarea a ceea ce a fost descoperit. Creativitatea interpersonală presupune „a da la iveală” prin interacțiunea de provocare între membrii grupului, presupune experimentarea dimensiunilor revelate în situația terapeutică și presupune integrarea. **Experimentul de tip gestalt este predominant provocativ**. Cu ajutorul instrumentelor de provocare sunt activate diferite dimensiuni ale clientului, dimensiuni care se traduc prin diferite comportamente experimentate în situația terapeutică. Activitatea clientului de experimentare a unor comportamente este însoțită de suportul furnizat de cadrul terapeutic. **Cea mai mare contribuție a terapiei gestaltiste este natura să experiențială**. Este trecut accentul de pe a vorbi despre un conflict, o problemă, pe experimentarea semnificației existențiale a acestora.” (Corey, idem p. 107)

O altă contribuție a gestalt terapiei este lucrul cu visele. „În Gestalt terapie noi nu interpretăm visele.

Noi facem ceva mult mai interesant. În loc de a analiza visele, noi le aducem la viață. Mijlocul de a le readuce la viață este a le trăi ca și cum s-ar întâmpla acum.” (Perls, 1969, 73) Mai departe Perls explică ce înseamnă a trai un vis. „Luați fiecare persoană, fiecare lucru, fiecare stare și deveniți fiecare din ele.” (idem pag.74). Pentru că visul este o ocazie excelentă de a identifica golurile în personalitate. În acest mod terapeutul îl ajută pe client să descopere mesajul existențial al visului și să capete responsabilitate asupra conținutului visului.

O a treia contribuție a gestalt terapiei este folosirea corpului și a altor limbaje non-verbale pentru a provoca, conștientiza și integra laturi neexploatare ale clientului, laturi care se pot traduce prin conflicte. Gestalt terapeutii folosesc limbajul non-verbal drept cheie a descoperirii unor semnificații.” **Cea mai mare contribuție a terapiei gestaltiste este posibilitatea de a fi creativ.** Față de cele mai multe terapii, care sunt centrate pe tehnici, terapia rogersiană și terapia gestaltistă sunt centrate pe proces. Gestalt terapia permite creșterea creativității interpersonale prin întâlnirea cu celalalt. În ceea ce privește tehnicile gestalt terapiei, Perls spune: „Aș avea o obiecție împotriva cuiva care s-ar numi terapeut gestaltist și ar folosi tehnici. O tehnică este un truc.

Un truc poate fi folosit numai în situații extreme. Cunosce destui oameni care colecționează trucuri și iar trucuri, făcând abuz de ele.” (F. Perls, 1975, p. 1)

Zincker nu vorbește despre „tehnici”, considerând că ar fi limitativ să vorbești despre metode și tehnici într-un proces creativ. El vorbește despre „vehicule” cu ajutorul cărora poți avea acces la fenomenologia interioară a clientului. **Visul, metafora, fantezia, sunt instrumente de provocare a creșterii și sunt integrate în diverse strategii terapeutice.**

#### • Psihodrama

Psihodrama a fost o adevărată mișcare revoluționară pentru vremea în care a apărut. Moreno, cel care a elaborat acest tip de terapie a fost înaintaș în ce privește rezolvarea creativă a problemelor cu ajutorul dramei.

După Moreno psihodrama constă în elaborarea unui sistem de metode ce permite medicului și egourilor auxiliare să pătrundă în universul pacientului, în încercarea de a-l popula cu imagini interiorizate ce au avantajul de a nu fi total iluzorii și de a nu aparține total realității.” (G. Ionescu, p. 173). Așadar, Moreno se referă la metodele psihodramatice ca la modalitățile de provocare a acelor imagini interiorizate pe care noi le mai putem dimensiona, contrarii, polarități ce țin de „pata neagră” a personalității. Principiul psihodramei este viața ca model terapeutic (G. Ionescu, p. 174). Principalul obiectiv al psihodramei, devenit apoi principiu al metodei, constă în construirea unei situații terapeutice care să integreze toate modalitățile de viață și existență, începând cu cele universale (timp, spațiu, realitate, cosmos) și până la detaliile vieții personale. Un alt principiu al psihodramei este acțiunea, mișcarea. Rolul îl solicită pe protagonist, atât verbal cât și non-verbal. El își exteriorizează conflictele prin jocul dramatic și expresivitatea mimico-gestuală. „... psihodrama se instituie ca primă metodă terapeutică ce recurge la mijloace acționale.” (G. Ionescu, ibidem, p. 174). „Abordarea noastră a fost cea de studiu al omului în acțiune, momentul fiind nu o parte a istoriei, ci istoria fiind o parte a momentului.” (ibidem, 174). Astfel, Moreno sugerează **al treilea principiu al psihodramei, trăirea experienței terapeutice în prezent** „aici și acum”. Moreno vorbea încă din anul 1920 de „aici și acum.” (Zinker, 161)

Toți membrii grupului pot beneficia de acțiunea psihodramatică. Fiecare membru al grupului se poate identifica cu personajele psihodramei. Ei sunt provocați de acțiunea psihodramatică la **experimentarea non-existenței lor, cum spune Perls.**

În ceea ce privește jocul de rol, există mai multe aspecte. Primul aspect se referă la preluarea rolului (role taking). Protagonistul preia un rol de la care se poate abate sau nu. El poate prelua rolul unor persoane semnificative în viața lui sau poate prelua rolul lui în situații diferite de viață.

Un alt aspect al jocului de rol se referă la interpretarea rolului (role playing). Protagonistul se poate lăsa sau nu solicitat de rol.

În cazul în care se lasă solicitat de rol, efectul va fi spontaneitate și creativitate. Ultimul aspect în ce privește jocul de rol se referă la crearea rolului de către protagonist. El se lasă provocat de rol și resursele mobilizate se revarsă în creativitate. Protagonistul este pacientul central.

De cele mai multe ori el propune situația pe care consideră necesar să o pună în scenă. El poate alege dintre membrii grupului Ego-uri auxiliare. Situația propusă poate fi prezentă, trecută sau viitoare. Protagonistul, ca regizor, reprezintă o situație relativ obișnuită în psihodramă. El propune scena, locul, timpul, el alege Ego-urile auxiliare. Terapeutul intervine pentru a spori autenticitatea psihodramatizării.

Ego-ul auxiliar este definit de Sadock ca un membru al grupului care reprezintă ceva sau pe cineva din experiența protagonistului (G. Ionescu, op. cit., p. 179). Astfel, Ego-auxiliar poate fi o persoană din viața pacientului, o halucinație, o idee delirantă, un simbol sau o atitudine. Existența acestor Ego-uri în situația dramatică face lumea protagonistului reală și concretă. Unii terapeuți extind funcția Ego-ului auxiliar de la aceea de interpret la aceea de „asistent terapeut” și de observator al interacțiunii psihodramatice.

Dublura este Ego-ul auxiliar care dilată experiența protagonistului provocându-l în zona lui neexplorată. Dublura poate sta în spatele protagonistului sau poate mima comportamentul acestuia.

Acest Ego auxiliar acționează ca și cum ar fi persoana pe care o dublează. Se poate recurge și la dublura multiplă. În acest caz sunt interpretate aspecte, dimensiuni ale personalității protagonistului. Poate fi interpretată fiecare ipostază cronologică a pacientului.

#### Tehnici folosite în psihodramă

##### Inversare de rol

Este o tehnică psihodramatică în care protagonistul joacă rolul unei alte persoane cu care interacționează. Fiecare protagonist încearcă să adopte modelul comportamental al celuilalt. Această „tactică” provoacă conflictele legate de distorsiunile perceptuale interpersonale.

După Moreno, „acea experiență interioară simultană a două roluri opuse are o mare valoare terapeutică.”

#### Solilocviul terapeutic

Solilocviul terapeutic este un monolog al protagonistului într-o anumită situație. Astfel, i se oferă șansa protagonistului de a exprima sentimente care trebuiau să fie exprimate într-o anumită situație și nu au fost exprimate. Solilocviul este asociat cu catarsisul.

#### Interpretarea rolului

Se referă la dramatizarea spontană a unei situații din viața trecută, prezenta sau viitoare a pacientului. În acest mod sunt date la iveală fapte și evenimente din viața pacientului, fapte și evenimente refutate până în momentul retrăirii lor.

#### Tehnica improvizării spontane

Se referă la interpretarea unor roluri imaginate de care el, în general, a fost frustrat. Bineînțeles că aceste roluri fictive implică multe elemente din viața reală a protagonistului. Ceea ce este important, i se cere pacientului să traiască evenimentul ca și cum s-ar întâmpla în prezent.

Pentru a încheia prezentarea acestor modele de grup „aici și acum” îl vom cita din nou pe J. Shaffer (1974): „*Trebuie să vedem grupul de întâlnire ca pe o extensie logică, aproape inevitabilă a tehnicilor inovative de grup care au precedat acest model. Cândva, liderul a devenit mai liber în a se exprima pe sine (existențialism-experiențialism). Cândva, participanții au putut să dramatizeze problemele lor, așa cum sunt ele în realitate (psihodrama). Cândva, tehnicile nonverbale de exprimare au devenit mai accentuate (gestalt). Cândva, o cultură umanistă a început să pună sub semn de întrebare toate structurile tradiționale, inclusiv nevoia de roluri fixe și de scopuri sau proceduri bine finisate, bine întipărite. Toate acestea au pus pe picioare și au oferit o cale liberă pentru apariția grupurilor de întâlnire, care a fost astfel, inevitabilă*”

Toate acestea au condus la redimensionarea grupului terapeutic într-unul de optimizare, prin recunoașterea și stimularea resurselor sale creative, reconstructive, sanogene.



#### 1.4. Conflict și creativitate interpersonală în terapia gestalt-creativă

„Declanșarea conflictului e o virtute luciferică în adevăratul sens al cuvântului. Conflictul naște focul afectelor și emoțiilor și ca orice foc, prezintă două aspecte: acela de a arde și acela de a lumina.” (Jung - conferințe Eranos)

În citatul de mai sus Jung se referă la conflictul creator, la conflictul care poate lumina. Pe lângă vis, metaforă și fantezie, **conflictul este un instrument auxiliar de provocare**. El dă la iveală „focul afectelor și emoțiilor”, foc care „arde” și „luminează.” Rezolvarea conflictului ar fi asemenea integrării contrariilor despre care vorbește Jung. Pentru Jung declanșarea unui conflict conține posibilitatea autodescoveririi, autocreației. Ca și metafora, visul sau fantezia, conflictul dă la iveală. „Drumul spre sine e mai întâi un conflict” (în Psihologie și alchimie, 1996, idem, pag. 179 p.a.), spune Jung. „Fără trăirea contrariilor nu există experiența totalității...” (Jung, pag. 23).

Pentru Zinker, ca și pentru terapeuții gestaltiști, în general, conflictul este un fapt pozitiv din mai multe puncte de vedere. În primul rând, Zinker vede conflictul ca pe o posibilitate de a nu te plictisi niciodată împreună cu celălalt (op. cit. pag. 96). În al doilea rând, conflictul oferă posibilitatea de a ne conștientiza propria graniță în raport cu ceilalți. Conflictul poate fi și neproductiv și în acest caz este corelat cu două mecanisme de apărare: represia și proiecția. Individul este un „conglomerat de forțe polare.” (Zinker, idem, op. cit., pag. 196) **Zinker numește forțe polare ceea ce Jung numește contrarii**. Am mai putea numi forțele polare sau contrarii, dimensiuni contradictorii. În procesul terapeutic aceste forțe polare, aceste contrarii sunt **activate** intenționat sau întâmplător. Terapeutul poate provoca intenționat conflictul intern sau interpersonal sau conflictul poate fi generat ca urmare a folosirii altor instrumente de provocare, visul sau metafora. Realitatea interioară a individului constă în aceste polarități care pot fi ego-sintonice (acceptate de conștiința individului) sau ego-alienante (neacceptate de conștiința individului) (Zinker, ibidem, pag. 197).

Interrelaționarea între aceste polarități este corelată cu stilul de percepție a propriei realități interioare a persoanei.

Polaritățile ego-sintonice se pot transforma în polarități ego-alienante iar polaritățile ego-alienante se pot transforma în polarități ego-sintonice. Această transformare depinde de extensia sau retragerea granițelor Eului. La nivelul granițelor Eului se pot întâmpla două fenomene, identificare sau alienare. Extensia sau retragerea granițelor Eului e corelată cu dinamica acestor două fenomene. Granița Eului este foarte fluidă. De o parte se află securitatea, siguranța. De cealaltă parte se află ceea ce e necunoscut, inamicul. În interior este bine. În afară este rău. „Propriul nostru Dumnezeu este Dumnezeul cel drept. Celălalt Dumnezeu este Dumnezeul cel rău.” (Perls, 1975, pag. 19) Astfel că Perls concluzionează: „Întreaga idee de rău și bine este o problemă de graniță.” Putem spune că problema polarităților și a conflictelor este o problemă de graniță a Eului. Granițele rigide ale Eului corespund unui concept de sine patologic. Viziunea acestui tip de persoană asupra sa este unilaterală. Ea este totdeauna „așa” și „nu așa”. Conștiința multitudinii de polarități existente în interiorul său este limitată. Decât să accepte, decât să se identifice cu polarități considerate negative de către ea, acest tip de persoană preferă să le proiecteze. Conștientizarea acestor polarități determină anxietatea acestei persoane. În acest caz este vorba de conflictul neproductiv.

Granițele fluide ale Eului și posibilitatea de extindere a acestor granițe corespund unui concept de sine **sănătos**. Acest tip de persoană este conștientă de multitudinea polarităților existente în sine și este dispusă să experimenteze aceste polarități, este dispusă să dea la iveală aceste polarități. Ea este conștientă că a da la iveală cât mai multe polarități aparținând zonei necunoscute a personalității sale poate însemna transformare. A da la iveală aceste polarități nu înseamnă și garanția integrării lor însă experimentarea acestor polarități și a conflictelor generate de această experimentare a lor este necesară autodescoveririi, autocreației.

Aceste conflicte intrapsihice, generate de conștientizarea, identificarea sau alienarea în raport cu polaritățile existente în noi înșine, pot determina conflicte interpersonale.

Conflictele interpersonale nu sunt întotdeauna determinate de conflicte intrapsihice dar adesea au la bază astfel de conflicte. Incapacitatea de a mă identifica cu agresivitatea mea are ca efect proiecția acestei agresivități în celălalt. Această proiecție determină un conflict interpersonal. Nu am făcut decât să deplasez conflictul de la nivelul intrapsihic la nivel interpersonal. Terapeutul poate readuce conflictul de la nivel interpersonal la nivel intrapsihic dacă sesizează sursa conflictului. Cu ajutorul unui experiment clasic, gestaltist, „scaunul gol”, conflictul se poate rezolva în mod creativ.

Conflictul poate fi foarte puternic atunci când îl provoc pe celălalt în zona polarităților ego-alienante. Această zonă îi este necunoscută. Confruntarea cu această zonă este tulburătoare și poate însemna un conflict puternic care poate fi trăit de individ la nivel intrapsihic sau poate fi proiectat și trăit ca conflict interpersonal. Terapeutul îl poate provoca în mod direct pe individ în această zonă, intuind că problema lui are de a face cu această zonă a polarităților ego-alienante, însă, în cadrul ședinței de grup provocarea în această zonă poate fi neașteptată. Terapeutul trebuie să fie pregătit în orice moment să asigure suportul necesar confruntării individului cu polaritățile activate.

Provocarea și trăirea conflictelor în situația terapeutică este specifică experimentului de tip gestalt. Terapeuții gestaltiști știu să exploateze conflictul ca posibilitate de autodescoverire și autocreație. **Ei nu numai că nu evită conflictul, dar îl și provoacă știind că un conflict este o posibilă interacțiune esențială.**

Există două experimente clasice în terapia gestalt care abordează problema conflictului. Aceste experimente sunt „scaunul gol” și „în jurul lumii.” Experimentul „scaunul gol” dă posibilitatea clientului să se confrunte cu acele dimensiuni contradictorii care, manifestându-se, se generează conflicte. El poate intra în dialog cu aceste polarități care-i aparțin. Având suportul grupului și suportul terapeutului clientul poate face față mai ușor polarităților cu care intră în dialog. El are ocazia să capete control asupra acestor polarități.

Experimentul „scaunul gol” mai poate oferi posibilitatea confruntării cu o persoană, din trecutul său, cu care are, încă, un conflict nerezolvat. Conflictul poate fi adus în situația terapeutică și poate fi re trăit existând posibilitatea rezolvării.

Experimentul „în jurul lumii” oferă posibilitatea autodescoveririi pornind de la o caracteristică cu care se identifică clientul. De exemplu, o persoană poate avea o problemă legată de faptul că este ironică față de ceilalți. Terapeutul îi cere acestei persoane să persiste în această ironie, îi poate cere persoanei să fie ironică față de el. Îi cere, pur și simplu, să-și exacerbeze această caracteristică cu care clientul se identifică. **Pătrunzând în propria lui ironie și relaționându-se cu ea, clientul își poate descoperi contrariile ironiei.** Poate descoperi grija sa față de celălalt, tandrețea, suportul pe care îl poate oferi celui alt. Și Zinker propune o metodă de a aborda conflictele interpersonale. Metoda lui se numește „persistând în acuzație” („leaving into the accusation.”) În primul pas, Zinker învață persoana cum să conștientizeze acea zonă necunoscută ei (the dark side of himself).

În al doilea pas:

- 1) Cum pot auzi preocuparea ta față de mine;
- 2) Ce pot face în legătură cu această preocupare fără a te face defensiv;
- 3) Cum putem lucra asupra acestei preocupări astfel încât să nu te simți nebun, pentru că m-ai acuzat sau ai văzut această parte a mea. Acesta este un mod de autoterapie, autoterapie care este pregătitoare pentru rezolvarea conflictului în mod creativ.

#### 1.5. Relația terapeut-client și creativitatea interpersonală

„Pentru mine a face terapie înseamnă a face artă. Omul este posibilitatea mea de a face artă.” (Zinker)

Putem vorbi despre creativitate interpersonală în relația terapeut-client numai pornind de la premisa că în procesul terapeutic nu suferă transformări numai clientul ci și terapeutul.

Zinker, în cartea sa „Creative Process in Gestalt Therapy”, accentuează rolul de creator al terapeutului în raport cu clientul. „Chiar dacă se admite sau nu, un terapeut adevărat creează vieți”, spune el (Zinker, pag. 37).

Zinker face o apologie a terapeutului creator, terapeut care dincolo de metodele pe care le folosește are un impact esențial ca prezență în viața altei persoane (pag. 38).

Jung vede altfel relația terapeut-client. În volumul lui „Personalitate și transfer” el vede relația terapeut-client ca pe o operație alchimică. „Atunci când se combină două corpuri chimice, ambele sunt alterate.” (op. cit., p. 133). „Factorul de transformare este el însuși transformat.” (conf. Eranos)

Jung vorbește despre identitatea inconștientă dintre medic și pacient. „Legătura intervenită este descoperită ulterior și indirect prin intermediul consecințelor sale.” (idem, p. 143) Această viziune a lui Jung asupra relației terapeut-client are la bază experiența lui terapeutică. „Raportul necesar pentru ca psihoterapia să fie eficientă nu-i îngăduie medicului să se suturească impresiilor puternice provocate de suferințele și coborâșurile oamenilor suferinzi. Acest raport constă în comparația și adaptarea permanentă în confruntarea dialectică a celor două realități psihice care sunt opuse una alteia.” (în „Amintiri, vise, reflecții”, Ed. Humanitas, 1996, p. 155).

Fiecare caz este unic și fiind unic, reacțiile terapeutului sunt diferite de la caz la caz. Așadar, unicitatea fiecărui client este capabilă să dea la iveală, de fiecare dată, alt terapeut.

Chiar și cel mai experimentat terapeut se vede mereu obligat să descopere că, datorită unui inconștient comun, a luat naștere o combinație și o legătură care îl afectează”. (Personalitate și transfer, Ed. Teora, 1996, p. 139). Rutina nu poate fi asociată cu o psihoterapie adevărată. „Fiecare caz nou care necesită un tratament serios reprezintă o muncă de pionier, iar orice gest de rutină se dovedește a fi o eroare”. (idem, op. cit., 139). Procesul terapeutic, relația client-terapeut îl solicită, așadar, pe terapeut ca om întreg. Astfel că, nu numai că clientul este provocat la creștere de către terapeut, ci și terapeutul este provocat la creștere de către client. „Dacă doctorul și pacientul nu devin o problemă, unul pentru celălalt, atunci nu se va găsi nici soluția.” (Jung, 1996, p. 155) Relația cu clientul este o posibilă interacțiune esențială și pentru terapeut. Și, continuă Jung:

„Pacienții și analiștii mei mi-au adus atât de aproape realitatea vieții omenești, încât n-am putut să nu aflăm de aici lucruri esențiale.”

Atunci când vorbește despre lucruri esențiale Jung nu se referă la date științifice ci la lucruri care au permis „să dobândesc o înțelegere a propriei ființe.” Jung sugerează o relație client-terapeut care permite creativitatea interpersonală, această relație fiind o posibilă interacțiune esențială, atât pentru terapeut cât și pentru client. Există provocare la creștere din partea ambelor părți. Jung nu accentuează rolul creator pe care îl are terapeutul în raport cu clientul fiindcă știe că „... artifexul este slujitorul care trudește și ca nu el, ci natura este cea care înfăptuiește opera.” (v. „Personalitate și transfer, Ed. Teora, 1996, p. 211).

Pentru Rogers, ca terapeut, relația cu clientul este o aventură. Terapeutul rogersian gândește. „Aici este o altă persoană, clientul meu. Îmi este puțin teamă de el, îmi este teamă de adâncul din el cum îmi este teamă și de adâncul din mine.” (1993, pag. 66) Rogers sugerează că adâncul din celălalt este o provocare pentru el (totuși această teamă nu îl împiedică în încercarea lui de a-l da la iveală pe celălalt). Zinker critică terapia rogersiană din punct de vedere al relației terapeut-client sau terapeut-grup. Terapeutul, în grupul rogersian, se comportă ca și cum ar fi un membru al grupului. El este expus la auto-dezvăluire și întreaga putere este lăsată în seama grupului și a proceselor de grup. Terapeutul nu se prezintă ca o sursă de putere sau ca un expert, el apare ca un fel de figură maternă care are ca rol crearea unei atmosfere de încredere și suport.

Zinker critică maniera nondirectivă în care terapeutul abordează grupul tocmai pentru că el accentuează rolul terapeutului ca principal factor de transformare, în procesul terapeutic. Adesea, terapeuții nu sunt onești în ceea ce privește puterea lor de a influența pe alții. Pentru a nu face abuz de această putere, ei trebuie să o conștientizeze și să-și asume responsabilitatea. „A lucra cu viețile umane este un privilegiu și acest privilegiu trebuie onorat cu știință, respect și umilință.” (Zinker, ibidem, pag. 38).

În procesul terapeutic creativ terapeutul ia, mai întâi, contactul cu clientul ca integritate.

Fiecare persoană intră în terapie cu o personalitate unică, personalitate dezvoltată de-a lungul timpului. El are un anumit mod de a aborda lumea. Acest mod de a aborda lumea conține, însă, și elementele care împiedică schimbarea. Ce înseamnă a lua contact cu această personalitate. Înseamnă a identifica metafora clientului în ce privește lumea, înseamnă „a intra în postura clientului față de lume.” (Zinker, ibidem, pag. 21). După ce a luat contact cu integritatea clientului, terapeutul va lua contact cu acea zonă neexplorată a personalității, acea zonă care e disponibilă pentru experimentare.

În viziunea lui Zinker, **terapeutul creator este esențial în terapia adevărată**. Modul în care trezește, în care dă la iveală acele dimensiuni neexplorate reprezintă artă și arta adevărată necesită muncă. Terapeutul creator pleacă în drumul său de descoperire a celuiilalt cu o experiență personală foarte bogată nu numai în sensul unei maturități emoționale și intelectuale, dar și în sensul expunerii sale unei game largi de experiențe de viață. Ca și clientul său, el este o personalitate unică, cu zone neexplorate, care așteaptă să fie date la iveală. El știe că relația cu celălalt, cu clientul sau cu grupul îi poate provoca manifestarea acestor zone neexplorate. El știe că relația cu celălalt îi poate revela mistere ale celuiilalt sau ale lui. Ce îi conferă putere asupra grupului? **Terapeutul creator a căpătat autosuport**. Asta înseamnă că el se poate confrunta cu zonele necunoscute din el sau ale celuiilalt fără teamă. Poate explora, poate provoca fără teamă. El se auto-suportă și îi asigură suport și clientului sau grupului, atunci când există confruntare cu necunoscutul. Starea de creativitate în care se găsește terapeutul este o premisă pentru crearea unei atmosfere creative în procesul terapeutic. Simțul umorului, dragostea pentru joc, capacitatea de a te bucura de ceea ce descoperi în celălalt.

Starea de creativitate presupune „contactul de sine”. Numai atunci când ești în contact cu tine te poți întâlni cu celălalt. Contactul cu sine însuși, al terapeutului creator îl împiedică să exploreze în mod detașat în celălalt. „Cel mai mare dușman al terapeutului este starea în care se identifică cu clientul, împotmolindu-se în pielea psihologică a celuiilalt.”

(Zinker, ibidem, pag. 46) Este vorba despre starea de confluență sau pierderea diferențierii între doi oameni. Terapeutul creator este în contact cu sine însuși, ceea ce îl apără de confluență și îi permite să fie atent la propria lui fenomenologie interioară, în același timp cu surprinderea fenomenologiei interioare a celuiilalt. „Terapeutul creativ este experimentat.” (Zinker, pag. 48) El orientează experimentul în funcție de cum i se descoperă clientul. El are un rol esențial în conturarea experimentului necesar manifestării și exersării acelor dimensiuni descoperite. El folosește visul, metafora, fan-tezia atât pentru provocarea la autodescoperire cât și pentru rezolvarea problemelor. Atitudinea creativă a terapeutului se traduce în două modalități de a fi în lume (Zinker, pag. 59):

- activism și, în același timp, pasivitate și capacitate de a se mira de ceea ce descoperă;
- a controla și, în același timp, a lăsa procesul să curgă;
- siguranța și în același timp permite experiența confuziei;
- seriozitate și simț al jocului și al umorului;
- curiozitate și permite experiența plictiselii;
- experiența dorințelor și percepția întregului secvențial;
- limbaj și imaginație spațială;
- intelectivitate și intuiție.

Creativitatea terapeutului poate fi blocată în două moduri: retragerea în spatele măștii profesionale și o viziune greșită asupra creativității. Viziunea greșită asupra creativității se referă la faptul că unii terapeuți nu văd nici o legătură între artă și știință. Zinker, în cartea sa „Creative Process in Gestalt Therapy”, îi citează pe Ed și Sonia Neveis care au făcut cercetări asupra blocajelor în creativitate. Ei au stabilit mai multe blocaje în creativitate:

1. Teamă de a greși: „Retragerea; neasumarea riscurilor în vederea evitării unor dureri posibile sau rușinea greșelii;
2. Respingerea jocului: „Teamă de a nu părea ridicol experimentând neobișnuitul.
3. Miopia resurselor: „Incapacitatea de a percepe punctele tari ale unei persoane.”
4. Suprasiguranța: „Rigiditate în rezolvarea problemelor; reacții stereotipe.”

5. Evitarea frustrațiilor: „A renunța repede atunci când se confruntă cu obstacole; evitarea durerii sau disconfortului care este, adesea, asociat cu schimbarea.”

6. Obişnuințele: „Centrarea pe moduri tradiționale de a face lucrurile; tendința către conformare și atunci când nu e nevoie”.

7. Fantezie săracă: „Neîncredere și ignorare a imaginilor interioare; supraevaluarea așa-numitei lumi obiective, lumii reale; lipsa de imaginație”.

8. Teama de necunoscut: „Evitarea situațiilor lipsite de claritate; nevoia de a cunoaște viitorul înainte de a merge mai departe”.

9. Nevoia de echilibru: „Incapacitatea de a tolera dezordinea, confuzia, ambiguitatea; excesivă nevoie de ordine și simetrie”.

10. Evitarea exercitării influenței: „Teama de a nu părea prea agresiv în a influența pe celălalt; nu se face auzit.”

11. Șovăielnic în a lăsa să se întâmple: „Fortarea clientului către rezolvarea problemelor; incapacitatea de a lăsa lucrurile să se întâmple în mod natural; lipsa de încredere în capacitățile umane”.

12. Sărăcia vieții emoționale: „Neaprecierea puterii motivaționale a emoției; folosirea energiei pentru represia spontaneității; neconștientizarea rolului emoțiilor în mobilizarea efectului clientului sau membrilor grupului”.

13. Neintegrarea polarităților (yin-yang): „Nefolosirea polarităților în cunoașterea lucrurilor; lipsa percepției întregului”.

14. Amortirea simțurilor: „Nefolosirea adecvată a simțurilor primare în cunoaștere; contact parțial cu sinele și cu mediul; senzitivitate săracă”. (Zinker, pag. 63-67).

Aceste blocaje în creativitate se pot manifesta atât la terapeut cât și la client.

#### 1.6. Grupul experiențial de tip gestalt-creativ — de la clasic la modern

Grupul gestalt este atât o „comunitate de învățare” cât și o „comunitate creativă.” Este un loc unde se pot testa limitele de creștere ale unei persoane, un loc unde oamenii sunt provocați la creștere, existând posibilitatea ca ei să dezvolte potențial la cel mai înalt nivel.

Modelul clasic de grup gestalt este asociat cu Fritz Perls.

Perls lucra cu un membru al grupului situat în centru. Grupul nu era implicat în lucrul cu acest client. Perls era de părere ca membrii grupului pot învăța prin observare, putând avea și experiențe de creștere. El nu era interesat în ce privește procesele de grup.

James Simkin a creat un model de grup gestaltist care implică tot grupul în procesul terapeutic. Modelul său este puternic, concentrat și elegant. Membrii grupului se angajează în a lucra asupra unei probleme după care se perindă unul câte unul în centrul grupului. Există o mică interconexiune între membrii grupului, însă toți membrii grupului sunt conectați la centru, sunt conectați la acțiunea din centru. Totuși, puterea acestui sistem constă în faptul că, atât terapeutul cât și clientul beneficiază de suportul întregului grup. „Punctul slab al acestui sistem este că ideile, sentimentele și talentele membrilor grupului nu sunt exploatate cât ar trebui în vederea creșterii creativității interpersonale. În modelul lui Simkin, terapeutul este autoritatea care deține controlul procesului terapeutic. Prezența sa este simțită tot timpul de membrii grupului.”

#### Principii care stau la baza proceselor de grup gestalt:

1. trăirea experienței de grup în prezent, „aici și acum”;
2. extensia conștientizării de grup;
3. importanța contactului între participanți;
4. Folosirea experimentului de grup de către un lider care se implică;

1. Acest principiu „aici și acum” se referă la centrarea pe fiecare moment al experienței individului. Nu contează tipul experienței. Important este ca această experiență să fie clarificată în grup. Nici un comportament nu trebuie etichetat sau interzis. Nu trebuie reprimat ceea ce „dă momentul la iveală.” În orice moment se poate întâmpla o interacțiune esențială. Problema unui membru al grupului solicită, în prezent, pe toți membrii grupului pentru că problema lui nu poate fi izolată de o problemă comună a grupului. Experimentarea problemei lui în situația de grup solicită pe toți membrii grupului. „Grupul devine astfel o microsocietate care are, nu numai capacitatea de a recrea sistemul ce are legătură cu problema lor, ci și

sistemul ce are legătură cu problema lor, ci și capacitatea de a modifica acest sistem în diferite moduri, problema putând fi rezolvată în nenumărate moduri.” (Zinker, op. cit., p. 162)

2. Conștientizarea de grup se referă la faptul că individul se lasă purtat de experiența sa. Anumite teme sau probleme pot domina grupul la un moment dat. Conștientizarea acestor teme sau probleme se referă la conștientizarea de grup care înseamnă mai mult decât suma conștientizărilor individuale la un moment dat.

3. Un alt principiu în terapia gestaltistă se referă la faptul că creșterea are loc la granița dintre individ și mediu. Contactul cu ceea ce este non-Eu mă provoacă la creștere, mă provoacă la noi răspunsuri date mediului și la schimbare. Terapia gestaltistă este centrată pe întâlnirea și contactul între indivizi. La nivelul grupului contactul este trăit în sensul unicității celui alt și în sensul conștiinței deosebirilor și a asemănarilor între membrii grupului. Experiența individualității și experiența comunității se întrepătrund într-un astfel de grup. Fiecare persoană din grup este provocată la autodescoperire și, în același timp este susținută în confruntare ei cu provocarea. Experiența de grup descrisă mai sus este diferită de experiența din grupurile clasice gestaltiste. În acele grupuri experiența comunității era foarte estompată. În comunitățile reale fiecare este conștient că comportamentul său poate fi, în orice moment, o provocare pentru celălalt sau pentru membrii grupului. El trebuie să-și asume responsabilitatea pentru acest comportament, conștientizând și rolul pe care el îl are în grup. Comportamentul lui are o semnificație socială, chiar dacă se reduce la tăcere.

4. Ultimul principiu se referă la rolul foarte important pe care îl are terapeutul în dezvoltarea unui experiment de grup. El trebuie să fie conștient de puterea și autoritatea lui în cadrul grupului.

Reguli pentru participanții la grupurile gestaltiste:

- a avea responsabilitatea propriului limbaj și comportament. A evita „eu” înseamnă a evita responsabilitatea propriului comportament și limbaj;

- a da prioritate experienței „aici și acum”;

- a împărtăși gândurile și sentimentele prezente;

- a învăța să-și asculte pe ceilalți;

- a pune întrebarea într-un mod cât mai securizant pentru celălalt.

**Exemplu:** în loc de a spune „Cred că tu nu dai doi bani pe mine”, poți spune „Ești preocupat de binele membrilor acestui grup?”

- a face eforturi de a vorbi direct cu o altă persoană;

- a ști să asculte de sentimentele celorlalți membri ai grupului, neîncercând să cauți cauze sau să faci interpretări;

- asumarea confidențialității (E. Nevis) asumarea riscurilor în cazul participării la discuții (C. Jackson).

Grupul este un laborator unde pot fi experimentate și comportamente pe care le consideri inacceptabile. Această experiență poate fi foarte importantă pentru creștere. Îți poți imagina că „Dacă îmi manifest furia acel om va fi distrus.” Poți experimenta efectul pe care această furie îl are asupra celui alt. Vei observa că este într-adevăr speriat, însă este viu și respiră;

- a învăța „să pui în paranteză” sentimentele sau expresiile care ar putea întrerupe un experiment foarte important pentru grup;

- a respecta spațiul psihologic al celui alt; așa și tu ai pretenția ca celălalt să ți-l respecte. Dacă cineva este retras sau în depresie, respectă-i dorința de a fi lăsat în pace.

Experimentul de tip gestalt modern a fost abordat și ca un scenariu metaforic de grup. Zinker propune câteva experimente de tip gestalt pe care le-a experimentat de-a lungul anilor (op. cit., pag. 179):

1. Grupul este o navă spațială sau alt vehicul.
2. Grupul reconstruiește memoria unuia dintre membrii săi.
3. Grupul creează „moartea, îngroparea și învierea” unui membru preocupat de „moartea” sa.
4. Grupul este un trib primordial care sărbătorește ceva foarte important pentru viața sa
5. Grupul interpretează un rit de naștere care începe cu dragostea între doi membri ai grupului.



6. Grupul este o casă sau o clădire în care fiecare membru al grupului este un anumit aspect al casei sau al clădirii.
7. Grupul este grădina zoologică în care membrii grupului sunt un anumit animal.
8. Grupul ca animal. Fiecare membru al grupului este o anumită parte a animalului.

Aceste experimente s-au dezvoltat întotdeauna pornind de la o temă a grupului, de la o problemă a grupului.

### **Coeziunea și creativitatea în grupul Gestalt**

Un factor foarte important în creșterea creativității de grup este coeziunea. Creativitatea de grup poate fi crescută sau scăzută în funcție de coeziunea de grup.

Cum se traduce coeziunea de grup într-un grup Gestalt? Contactul vizual, contactul fizic pot reflecta unitatea unui grup. Contactul fizic poate fi și mijloc de împiedicare a conturării unității grupului, dar poate reflecta și unitatea unui grup.

Faptul că cineva a concentrat atenția între grupului grup asupra sa poate fi un semn al coeziunii de grup.

Membrii grupului s-au mobilizat energetic pentru a asculta și eventual susține sau limita acea persoană. Faptul că cineva își poate exprima sentimentele și preferințele de grup este un indicator al instalării atmosferei de încredere care este corelată cu coeziunea de grup.

Metafora „grupului statuar” este relevantă ca tehnică de explorare și conștientizare a coeziunii de grup, a relațiilor și sensului comunicant al grupului. În ce constă acest exercițiu? Terapeutul solicită grupul: „Alcătuiești din trupurile voastre un grup statuar cu sens. Denumiți apoi grupul statuar pe care l-ați construit. Urmează apoi analiza întregului jalonat de întrebări ca: „Ce parte a statuii ai fost? Ce ai simțit și gândit despre tine? Dar în raport cu ceilalți, din grupul statuar?” Observatorii vor comunica grupului care a experimentat semnificațiile simbolice ale „statuii”, așa cum le-au perceput ei.

Adesea, analiza prilejuiește insight-uri importante privind pozițiile fiecăruia în grup și atitudinile mutuale, coeziunea și dificultățile

de relație, nivelul de integrare și respectiv, de integrare al fiecăruia în grup și al grupului ca structură.

## **2. Instrumente de provocare și creștere a creativității interpersonale în grupul experiențial de tip gestalt**

### **- Sugestii metodologice -**

Instrumentele de provocare, denumite de mii de terapeuți și „vehicule” sunt folosite în terapia experiențială în vederea accesului la fenomenologia interioară a individului. Cu ajutorul lor, sunt activate, experimentate și integrate acele dimensiuni ce țin de „pata neagră” a personalității individului. Aceste dimensiuni pot fi polaritățile ego-alienate/ego-sintonice de care vorbește Zinker, pot fi „contrariile” lui Jung, pot fi resurse nebănuite. Cert este că aceste instrumente, folosite în terapia experiențială, provoacă „ceva” ce ține de fenomenologia interioară a individului și acest „ceva” experimentat și integrat de individ poate însemna rezolvarea problemei lui, poate însemna o transformare.

Metafora, visul, fantezia, mișcarea, desenul sunt folosite în interacțiunea de provocare pentru „a da la iveală”. Instrumente de provocare pot fi considerate însă și un simplu gest al unui membru al grupului, reacții conștiente sau inconștiente ale membrilor grupului, conflicte. Acestea sunt instrumente auxiliare de provocare și pot fi foarte importante dacă terapeutul știe să le exploateze. Până la a le exploata, terapeutul trebuie să le identifice și să fie conștient de importanța lor.

### **2.1. Lucrul cu metafora și fantezia**

Metafora, analogia, fantezia sunt instrumente care permit transformarea familiarului în neobișnuit și invers.

W. Gordon a identificat patru mecanisme prin care ceea ce este familiar poate deveni neobișnuit: analogia personală, analogia directă, analogia simbolică, analogia fantastică (W. Gordon, 1978, p. 37-38).

• **Analogia personală** se referă la identificarea cu elementele problemei sau cu un concept semnificativ în raport cu situația individului. „Dacă aș fi o plantă, aș fi una cu țepi ca să mă pot apăra...”; „Eu sunt această mașină și gonesc cât pot de tare...” etc.

• **Analogia directă** se referă la relația între fapte paralele, cunoștințe sau fenomenologii paralele. De exemplu, dacă problema clientului este definită printr-un anumit element, se pot inventaria toate lucrurile care conțin acest element. Problema clientului „răsună”. Se inventariază toate lucrurile „care răsună”.

• **Analogia simbolică** se referă la oportunitatea persoanei de a folosi imagini impersonale pentru a descrie o idee. De exemplu, „să ne gândim la o imagine care deși tehnologic este nepotrivită este satisfăcătoare din punct de vedere estetic.” În terapia gestalt analogia poate fi urmată de o personificare a imaginii. De exemplu: „Fii haosul.”

• **Analogia pe care o implică fantezia.** I se cere persoanei să-și imagineze că este un anumit lucru. Pe măsura ce se derulează fantezia, persoana comunică experiența avută.

Stimularea gândirii analogice este frecvent folosită în terapia experiențială de grup. Ea permite surprinderea unor conexiuni între diferitele elemente experiențiale. „Ce îți amintește acest lucru?”, „Cu ce crezi că seamănă asta?”, sunt întrebări care pot atrage după ele conexiuni între diferitele elemente experiențiale.

Analogia este inclusă în diferite jocuri terapeutice. Li se cere membrilor grupului să-și manifeste reacțiile în raport cu o anumită persoană, în termeni analogici. Li se pun întrebări de genul: „Dacă el ar fi o culoare, ce culoare ar putea fi?”, „Ce fel de mâncare ar fi?”, „Ce perioadă din istorie ar putea fi?” Într-o altă variantă a acestui joc este încurajată analogia directă. Sentimentele sunt exprimate prin analogie directă. **Sentimentele în raport cu grupul, de exemplu, sunt exprimate în termeni de culoare, în termeni de sunete sau senzații tactile.**

Terapeuții adaptează analogia la situație. Schutz, în cartea sa „Joy, expanding the human awareness”, descrie o situație de grup foarte interesantă. Un grup de oameni de afaceri aveau dificultăți în conștientizarea și exprimarea sentimentelor lor în raport cu liderul grupului.

Liderul a realizat că rezistența în a exprima aceste sentimente poate însemna stagnarea grupului, astfel că el le-a cerut membrilor grupului să se așeze la o masă pe care erau așezate cești de hârtie. Întrebarea a fost reformulată. Liderul le-a cerut membrilor să identifice ceașca de hârtie cu el. Provocarea a fost făcută și deblocarea s-a produs. Ce ar face ei cu această ceașcă? Imediat trei dintre membrii grupului au turtit ceașca din fața lor. Un alt membru al grupului și-a exprimat dorința de a pune ceașca pe un pedestal. Alții au vrut să bea din ceașcă, alții au împins ceașca fără să se uite la ea iar altul și-a exprimat dorința de a urina în ea. În acest fel sentimentele membrilor grupului față de lider au ieșit la iveală (Schutz, p. 75).

• **Fantezia.** În unele situații, oamenii au apărut atât de puternice încât atât instrumentele verbale cât și cele non-verbale sunt neputincioase în a-i debloca. Fantezia ca instrument de provocare este foarte eficientă în acest caz. Jung în „Personalitate și transfer” (1996) și în alte cărți ale sale subliniază importanța terapeutică a acestei metode. „Conștientizarea continuă a fantasmelor astfel inconștiente și participarea la evenimentul fantastic are drept consecință, așa cum am văzut într-un mare număr de cazuri, mai întâi o lărgire a conștiinței datorită faptului că nenumărate conținuturi inconștiente devin conștiente, iar, în al doilea rând, diminuarea treptată a influenței dominante a inconștientului și, în al treilea rând, faptul că are loc o modificare de personalitate” (op. cit., p. 102-103). **Fantezia poate funcționa așadar ca factor de transformare.** „Metoda imaginației active este factorul cel mai important în producerea acestor conținuturi inconștiente care se află, ca să zic așa, imediat sub nivelul conștientului și dacă sunt activate sunt primele elemente care invadează spontan conștientul.” — spune el în „L'Âme et le Soi. Renaissance et Individuation”, Ed. Albin Michel, 1990. Jung subliniază importanța esențială a imaginației active ca instrument de provocare, de activare. El face deosebirea între fantezia activă și fantezia pasivă. Dar ce înțelege Jung prin fantezie? „Prin fantezie, în accepția de fantasmă înțeleg un complex de reprezentări care se deosebește de alte complexe de reprezentări, prin aceea că nu îi corespunde un conținut exterior, real.”

În cazul fanteziei active este vorba de o atitudine conștientă care este înclinată către preluarea de sugestii sau fragmente de corelații inconștiente, relativ slab accentuate și de a le conferi, prin asocierea cu elemente paralele, o deplină claritate. Este vorba de o participare obiectivă a conștiinței. Atunci când funcționează ca factor de transformare, „fantezia poate fi expresia supremă a unității unei individualități.” (idem, op. cit.) O fantezie poate solicita omul în întregimea lui.

În legătură cu importanța terapeutică a metodei fanteziei, Jung specifică „... nu interpretarea și comprehensiunea fantasmelor este în primul rând esențialul ci, mai degrabă trăirea lor.” (cit, pag. 96), căci „prin conștientizarea și trăirea fantasmelor funcțiunile interioare și inconștiente sunt asimilate de conștient.” (Pt.103) „Este de o importanță hotărâtoare ca pacientul să trăiască complet fantasmele sale și să le înțeleagă în măsura în care o comprehensiune intelectuală ține de totalitatea trăirii.” Așadar, pentru Jung, fantezia ca instrument terapeutic este foarte importantă din punct de vedere al trăirii ei și nu din punct de vedere al interpretării ei. Acest mod de a utiliza fantezia în activitatea terapeutică îl apropie pe Jung de terapeuții experiențialiști. Cei care au dezvoltat această metodă și au pus bazele ei teoretice sunt considerați Leuner în Germania și Desoille în Franța (Schutz, pag. 101-102) însă și Jung în cărțile sale sugerează importanța fanteziei ca metodă sau ca instrument de provocare.

Schutz descrie modul în care decurge un experiment bazat pe fantezie. Fantezia presupune o stare de relaxare. Din această cauză cea mai indicată poziție este statul pe podea. În această poziție fiind, persoana este introdusă în fantezie de către terapeut, cu ajutorul unei imagini. Ea închide ochii, lasă imaginile să se deruleze și comunică terapeutului experiența pe care o are. Procesul imaginativ nu trebuie forțat de către cel care fantazează, el nu trebuie să caute în mod intenționat anumite imagini. El trebuie să se lase în voia propriei imaginații. Terapeutul intervine atunci când persoana care fantazează se confruntă cu dificultăți, stări de teamă, relaxare, veselie. Terapeutul va permite persoanei să parasească fantezia atunci când ea

se va afla sub influența unor sentimente pozitive (Schutz, idem. p. 101-102). Fantezia de grup poate începe cu doi sau trei oameni foarte apropiați afectiv unul de altul. Ei stau pe podea spate în spate, sprijinindu-și capetele reciproc. Această poziție este foarte relaxantă și permite participanților să se audă unul pe altul chiar și atunci când vorbesc foarte încet. Li se cere apoi membrilor grupului să închidă ochii. Unul dintre cei care stau pe podea începe prin a comunica celorlalți orice imagine îi vine în minte. Fiecare intră pe urmă în fantezia care începe să se deruleze pornind de la acea imagine. Aceasta nu este o încercare de a fabrica o poveste ci încercarea ca aceeași fantezie să fie împărtășită de cât mai mulți oameni. Fiecare persoană de pe podea va intra în fantezie oricând dorește. ceilalți membri ai grupului, dacă doresc să participe la fantezia celor de pe podea trebuie să se așeze pe podea. Atunci când intervenția lor s-a terminat se pot ridica de pe podea și se pot duce la locul lor. Fantezia se va opri atunci când participanții vor să se oprească. Terapeutul poate intra spre sfârșitul fanteziei încercând să-i lase pe clienți sub influența unor sentimente pozitive. De multe ori fantezia este o experiență foarte puternică din punct de vedere emoțional, ceea ce face ca oamenii să nu dorească să vorbească imediat după încheierea experienței.

• **Metafora** este unul dintre vehiculele foarte des folosite de terapeuții experiențialiști. În mod inconștient, terapeuții au folosit întotdeauna metafora pentru a-i ajuta pe clienți. „Metafora este un mod de a vorbi despre experiență.” (D. Gordon, 1978, p. 9) D. Gordon în cartea sa „Therapeutic metaphors” subliniază importanța povestirilor, miturilor, anecdotelor ca factori terapeutici. Toate aceste mituri, povestiri, anecdote conținând în ele „relații și patternuri de adaptare care operează în problema «reală».” (op. cit., p. 20), provoacă în individ acele resurse asociate cu aceste relații și patternuri de adaptare conținute de metaforă. Activarea acestor resurse poate însemna rezolvarea problemei. D. Gordon îl citează pe Bettelheim cu un fragment foarte semnificativ privind importanța terapeutică a poveștilor, a basmelor (idem, p. 18). „Basmele sunt terapeutice pentru că clientul descoperă propriile sale

soluții, identificând elementele basmului care pot fi asociate cu problema lui. Conținutul basmului ales, în mod obișnuit nu are nimic de-a face cu situația reală a pacientului, însă, are de-a face cu problemele interioare care par de neînțeles și de nerezolvat.” (Bettelheim) În terapia care utilizează metafora ca instrument de provocare și creștere a creativității interpersonale este vorba despre **întâlnirea a două sau mai multe metafore**. Pe de-o parte există metafora fiecăruia dintre membrii grupului, iar pe de altă parte există metafora terapeutului, metafora construită și propusă în funcție de problemele membrilor grupului. Fiecare client vine în terapie cu un model propriu asupra lumii. Experiența fiecăruia în legătură cu dragostea, ura sau prietenia este unică; astfel și metafora lui în legătură cu această experiență este unică. (ibidem, p. 11-12). Metafora lui este modul lui de a vorbi despre experiența proprie. Terapeutul trebuie să înceapă așadar terapia cu un lucru esențial: **identificarea metaforei clientului**. Numai în acest fel va reuși să construiască o metaforă care „să întâlnească modelul despre lume al clientului.” (ibidem, p. 19) Este vorba despre regăsirea de către client, în structura metaforei propusă de către terapeut, a relațiilor și patternurilor de adaptare proprii. Bineînțeles, aceste relații și patternuri de adaptare sunt relaționate cu problema clientului. Conținutul metaforei nu este foarte important, important este ca metafora să conțină în structura ei relațiile și patternurile de adaptare ale clientului raportate la problema lui. Gordon numește o astfel de metaforă, **metafora semnificativă**. Așadar, pentru a construi o metaforă eficientă din punct de vedere terapeutic, terapeutul trebuie să identifice metafora clientului și împreună cu clientul să stabilească problema. Problema bine pusă înseamnă o metaforă eficientă propusă de terapeut.

„Caracteristica fundamentală a metaforei este **izomorfismul**.” (Ibidem, p. 40) Prin izomorfism, D. Gordon înțelege echivalența evenimentelor și personajelor din povestirea propusă, cu cele din situația reală a clientului. Astfel, fiecare persoană semnificativă din punct de vedere al rezolvării problemei este prezentă în metaforă. Situația clientului este și ea reprezentată în metaforă, relațiile și procesele implicate de această situație.

Gordon dă exemplu o metaforă construită pornind de la contextul din „Cavalerii mesei rotunde”. Problema clientului pentru care a construit metafora este că își petrece foarte puțin timp cu soția fiind foarte ocupat din punct de vedere profesional (v. tabelul de mai jos).

Situația clientului	Metafora
1. Samuel	1. Lancelot
2. Kate	2. Guenevere
3. Samuel și Kate sunt iubiți	3. Lancelot și Guenevere sunt iubiți
4. Amândoi au de lucru	4. Lancelot este cavaler, Guenevere este regina
5. Samuel a preluat noi responsabilități	5. Regele Arthur îl trimite pe Lancelot să dea o mână de ajutor în războiul din Franța
6. Samuel o vede din ce în ce mai rar pe Kate	6. Lancelot o vede din ce în ce mai rar pe Guenevere
7. Relațiile dintre ei devin tensionate	7. Ei se simt inconfortabil
8. Încearcă să discute, însă încercarea sfârșește prin ceartă	8. Lancelot speră că lucrurile se vor aranja dar pleacă în cruciadă dezamăgit

Situația lui Samuel este camuflată în metafora construită de D. Gordon. Relațiile și evenimentele care țin de situația reală a clientului se regăsesc în metafora lui Gordon. Clientul și terapeutul se întâlnesc pe „terenul” acestei metafore. Această întâlnire dă la iveală resursele necesare rezolvării problemei. Resursele clientului ies la iveală pe măsură ce se derulează **căutarea transderivațională**. D. Gordon numește căutare transderivațională procesul prin care clientul caută să integreze experiența legată de conținutul metaforei în modelul său despre lume. El caută în modelul său despre lume acele părți care dau sens noii experiențe.

Acest concept de căutare transderivațională este foarte important pentru a înțelege cum funcționează metafora ca factor terapeutic.

• **Metafora situațională** constituie o modalitate de autoexplorare provocatoare de insight, pe care noi am conceput-o ca tehnică terapeutică și am experimentat-o cu rezultate semnificative, atât cu pacienți psihici și psihosomatici, cât și cu grupuri de optimizare.

**Tehnica este relevantă pentru conștientizarea de către client a strategiilor pe care el le utilizează în anumite situații de viață, limitative, frustrante sau incerte.** Pentru evaluarea și restructurarea terapeutică a modului în care face față situațiilor problematice, obstacolelor de tot felul, am practicat exercițiul „Zidul” - metafora ale cărei valențe provocative sunt relevante pentru o foarte largă categorie de persoane, indiferent de cultură și vârstă. Pentru raportarea la situații de izolare, frustrare, deprivare, noi am utilizat metafora „Cubul” și metafora „Peștera” (aceasta din urmă fiind practică și de Schutz).

Clientii, individual și în grup, sunt provocați să-și autoexploreze și dezvolpeze, aici și acum, reacțiile, emoțiile, gândurile și acțiunile, în confruntarea lor cu elementul-suport (zidul, cubul, etc.). Tehnica se bazează pe vizualizare în imaginar și acțiune corporală mimico-pantomimică.

**Instuctaj terapeutic:** Te afli în fața unui zid. Descrie-l... Ce simți? ...Ce gândești?... Ce faci? Spune și acționează ca și cum te-ai afla față în față cu zidul...

Clientul conștientizează propria strategie rezolutivă, asociind spontan explicații, idei, convingeri, emoții semnificative pentru ceea ce este el în realitate, pentru imaginea sa de sine și mai ales pentru ceea ce nu știa până acum despre sine în situații problematice sau care pot fi percepute ca un obstacol. Evident, unii pot fi incitați și să experimenteze diverse tipuri de soluții, alții sunt blocați și ajutați să conștientizeze cauzele blocajului sau să-și activeze resursele de a face față, descoperind ei înșiși propriile soluții sau primind sprijin efectiv de la grup atunci când sunt din nou în impas.

Se urmarește **strategia rezolutivă personală:**

- activă/pasivă (inițiativa personală versus absența inițiativei, inhibiție, blocaj);
- independența/dependența (relevant pentru autonomie, maturitate afectivă versus dependența emoțională, imaturitate);
- directă (agresivă, primară)/indirectă (ocolită, subtilă, rafinată, diplomatică, evitantă, etc);
- stilul de rezolvare (cățărare pe zid, încrâncenare, fisurare, ocolire, erodare, topire, transformare, transparentizare, cădere, alunecare, abandon, retragere, solicită ajutor - plânge,

strigă, imploră, sau respinge ajutor, se ambiționează, iritare, enervare, criză, etc.). Toate aceste „metode metaforice” sunt tot atâtea căi psihologice cu corespondent în realitate, modalități comportamentale proprii clientului.

- creativitate, inventivitate, pozitivitate/inhibiție, stereotipii, sterilitate, negativitate;
- urmărirea scopului, tenacitate/abandon, docilitate, anxietate;
- motivația escaladării/motivația renunțării;

Clientul ia cunoștință prin această metodă experimentală bazată pe situația provocativă, metaforică, subtilă și neagresivă, pe jumătate joc - pe jumătate realitate, de ceea ce este el de fapt, de ceea ce simte, crede, se teme, ignoră sau neagă. Pe măsură ce se derulează exercițiul, el descoperă spontan și alte moduri de a fi, de a încerca, de a se experimenta pe sine însuși într-o manieră mai constructivă, mai avantajoasă, mai pozitivă. El se redescoperă treptat mult mai bogat decât se credea, în resurse, devine mai flexibil și mai încrezător în sine, se deschide unei noi optici față de viață. Exercițiul este nu doar un pretext de autoexplorare și de autoconștientizare, ci și o cale de autore-programare, de restructurare personală. **CLIENTUL ÎNȚELEGHE SPONTAN CĂ POATE DECIDE EL ÎNSUȘI CUM SĂ FIE, CUM SĂ ACȚIONEZE POZITIV ȘI EFICIENT, ATÂT FAȚĂ DE SINE CÂT ȘI FAȚĂ DE ALȚII.** El înțelege că schimbarea ține de el, ca este capabil să o provoace, că are toate resursele necesare pentru a face față și că a experimenta eșecul nu este un fenomen anormal și definitiv blocant, ci, dimpotrivă poate deveni o resursă de îmbogățire interioară, de creștere.

A te reprograma „pe șansă” sau „pe eșec” este în ultimă instanță o chestiune de opțiune personală, de libertate de manifestare autoasumată.

Exercițiul „**cubul**” se bazează pe următorul **instructaj:**

„Te afli închis într-un cub... Descrie ce simți, ce gândești, ce faci... Dacă ar fi să iei cu tine ceva sau pe cineva, ce sau pe cine ai lua în cub? etc.”

Exercițiul „**peștera**”, se poate desfășura în mod similar, mulându-se instructajul după caz: „Ai pătruns într-o peșteră și s-a blocat intrarea... Ce simți? Ce gândești?... Ce faci?... etc.

Prezentăm în continuare câteva exemplificări.

#### Exemplificare 1.

**Lucrul cu metafora - confruntarea cu obstacolul interior („zidul”)** (secvențe dintr-un seminar formativ experimentat de noi cu studenți în asistență socială, martie 1995 - grup de 14 persoane).

«**Terapeut:** Acum, dacă ne-am așezat cu toții confortabil să ne continuăm munca de explorare în noi înșine... Observați-vă fiecare poziția și starea interioară... relaxați-vă și continuați să fiți foarte atenți la ceea ce se întâmplă în interiorul vostru chiar acum, aici... Despre ce anume din ceea ce ați observat doriți să vorbim?»

**E:** (se foiește în scaun, își verifică poziția umerilor, încearcă să-și întindă picioarele și suspină ușor) ... Da, simt o tensiune interioară, încă de ieri și nici acum nu pot scăpa de ea...

**C:** Așa ca un fel de neliniște, de apăsare, mi se întâmplă și mie, foarte frecvent.

**T:** Mai simte cineva la fel?

**Grupul:** murmure de încuviințare, mișcări ale capului aprobatoare, mimică interesată...

**T:** Ema, încearcă, te rog, să vizualizezi ceea ce simți acum. Imaginează-ți un ecran mental pe care lași să se deruleze ceea ce simți. Privește ecranul interior și spune-ne ce vezi... lasă să se întâmple ceea ce se întâmplă și observă-ți propriile imagini...

**E:** Da... îmi trec prin fața ochilor globuri luminoase...

**D:** Ce culoare au?

**E:** Nu știu, sunt mai mult reci și luminoase, brrr...

**T:** Cum se deplasează ele pe ecranul mental?

**E:** Trec din toate părțile, haotic...

**T:** Încearcă să le grupezi în partea dreaptă de sus a ecranului tău... Ai reușit?

**E:** Da.

**T:** Ce simți acum?

**E:** Simt că le pot controla... (zâmbet de satisfacție).

**T:** Acum încearcă să le împingi către partea stângă de jos a ecranului, încet, încet, cât mai

jos și cât mai spre stânga, așa... și dincolo de ecran... (în acest moment se angajază întregul grup în experiment, ca modalitate de activare a resurselor empatică și suportive, dar și de conștientizare și de transformare a propriilor stări prin utilizarea și preluarea controlului asupra imaginilor metaforice ce exprimă simbolic stările experimentate în directă corelație cu simptome sau comportamente dezadaptative. În cazul de față, „globurile reci și luminoase”, „haotice”, ce induc senzația de discomfort („brrr...”) exprimă simbolic în limbaj senzitiv-imagistic starea de anxietate, tensiunea interioară de care E. nu poate să scape.)

**T:** Încercați cu toții să vizualizați ceea ce simte Ema acum. Încercați să simțiți ce simte ea, cum vede ea și ce face ea acum... Faceți un efort imaginativ. Înțeleg că nu toți puteți să faceți acest efort imaginativ. Cei care nu puteți face această veți fi observatori ai propriilor voastre stări. Acum încercați să vizualizați aceste globuri și să le împingeți de pe ecran; încercați mai întâi să le adunați de la stânga la dreapta sus și apoi de la dreapta la stânga jos. Îndepărtați-le încet, încet, către stânga, jos, și dincolo de ecran... A reușit cineva?

**E.:** Da, am reușit (alte voci din grup se asociază).

**T:** Și ce a rămas?

**E:** Un ecran alb, ca o coală de hârtie albă, opacă...

**T:** Ce simți acum în fața lui?

**E:** Mă simt liniștită, relaxată, calmă...

**D** (intervine spontan): și ecranul meu e gol, alb, dar mă neliniștește pentru că nu știu ce e în spatele lui...

**T:** Ai vrea să vezi ce e dincolo de ecran?! (mimica expresivă participativă a lui D)

...Imaginează-ți că devine transparent ca o coală de celofan, ca un perete de sticlă... Ce este dincolo de el?

**D:** Un hău gri.

**T:** Ce simți în fața lui?

**D:** Mă atrage și în același timp e respingător...

**T:** Vezi, află ce te atrage și ce te respinge, clarifică-te....

**D:** Îmi incită curiozitatea, e misterios, e interesant, dar poate fi și periculos, îmi poate face rău, mi-aș putea pierde controlul...



T: Alege ce vrei să faci.

D: Am să zbor puțin în hăul acesta, să văd cum e...

T: Cum este?

D: E cam pustiu, nu sunt prea multe lucruri pe aici, nu e nici un pericol, totul pare cunoscut, pare ca se repetă, deși nimic nu e prea clar, ar trebui să fie mai multa lumină... mă simt ca atunci când sunt singură. Îmi place să fiu singură de obicei, dar cred că mă plictisesc și mă simt neimportantă, neiubită, cenușie...

Aha!...(surâde, insight) hăul asta seamănă cu starea mea. deși AM TENDINȚA SĂ STAU MAI MULT SINGURĂ, SĂ-I EVIT PE CEILALȚI, DE FAPT NU-MI PLACE DE LOC ASTA. CHIAR DACĂ PRETIND CĂ NU-MI PREA PLACE CONTACTUL SOCIAL. Dar ceilalți sunt ca un zid greu accesibil pentru mine, și atunci prefer hăul cenușiu al singurătății mele uzuale...

T: Ce simți nevoia acum?

D: Să luminez puțin hăul, să revin dincoace de ecranul transparent și să escaladez zidul.

T: Foarte bine, încearcă să faci asta acum (D. lucrează mental...).

D: Cu hăul am rezolvat, dar cu zidul îmi e mai greu. PUR ȘI SIMPLU SUNT BLOCATĂ ÎN FAȚA LUI...

T: Să vedem ce fac ceilalți cu zidurile lor. Ana, imaginează-ți un zid, zidul în fața căruia te afli tu, vorbește-ne despre el și despre tine...

A: E un zid care se duce și se întoarce. Îmi creează incertitudine. Al este vorba de nevoia mea de a mă autocontrola. Ori de câte ori mă confrunt cu o problemă nu mă pot decide ușor, pentru că nevoia mea de a mă controla este foarte mare. De aceea mă simt nesigură și incompetentă.

T: De ce simțim nevoia de a exagera auto-controlul?

Voci din grup: Pentru că ne temem de eșec...

Ca să ne apărăm de ceva neprevăzut...

Pentru că nu avem încredere în noi înșine, pentru că ne subapreciem... Pentru că avem o imagine greșită despre posibilitățile noastre de a face față, pentru că nu ne cunoaștem suficient pe noi înșine.

T: Vă propun să experimentăm fiecare ce simțim și ce putem face în fața unui zid.

R: Mă simt încorsetat, împiedicat, și mi-e frică, pentru că zidul meu mă înconjoară din toate părțile. La fel mă simt și în lift sau într-un spațiu închis, sau când mi se impune să fac sau să acționez altfel decât simt nevoia, atunci când nu sunt liber... (subiectul dezvoltă prin metafora zidului o simptomatologie particulară, marginal nevrotică de tip claustrofobic, ca răspuns de apărare la un conflict nerezolvat cu autoritatea, cu constrângerea).

T: Ce simți acum, față în față cu zidul pe care îl vizualizezi?

R: Mă apasă... Aș vrea să scap de aici.

T: Și cum poți scăpa de acest zid, ce crezi?

R: Încerc să trec prin el, fără să mă simtă, difuzez... (subiectul operează în plan psihologic o primă autotransformare adaptativă - proiectează și experimentează în imaginar o soluție, dar de a cărei semnificație încă nu este conștient).

T: Ihm, înțeleg, asta spune ceva despre felul în care te gândești să rezolvi problema ta. Treci prin el fără să-și dea seama, blând, te scurci prin el, difuzezi...

R (ezită): Da, trec prin el, îl păcălesc, dar... UNEORI FAC AȘA ȘI CÂND CINEVA MI SE OPUNE, DAR EFORTUL ACESTA MĂ „COSTĂ”.

I: Este și modul meu de a aborda „zidul”.

T: Asta ce înseamnă?

I: Diplomatie. ȘI POT SPUNE CĂ SUNT RECUNOSCUTĂ CA O PERSOANĂ DIPLOMATĂ ÎN RELAȚIILE CU CEILALȚI.

T (către un alt membru al grupului, care asistă rezervat la discuție): M., cum te simți în fața „zidului” tău?

M: Eu nu acționez, eu stau în așteptare.

T: Ce simți de fapt?

M: Mă sperie zidul.

T: Ce anume te sperie?

M: Faptul că nu-l voi putea depăși.

T: Ce crezi despre tine?

M: Că nu sunt în stare... n-am încredere în mine.

T: Și atunci ce faci?

M: Stau, mă blochez...

T: Înțeleg că te blochezi pentru că te gândești că nu ești capabilă...

M: Da. Eu gândesc așa, dar s-ar putea să gândesc greșit. De fapt nu încerc.

Voci din grup: E defensivă, e pasivă...

T: M., hai să vorbim despre zidul tău... cum este el. Spune-ne trei defecte ale lui.

M: (ezită destul de mult, rezistența este evidentă) Păi, culoarea...

T: Așa, deci ce culoare are zidul tău?

M: E gri... E inutil... aa..

T: Alt defect?

M: E prost construit.

T: Foarte bine! Și dacă e prost construit înseamnă că...

M: Înseamnă că pot să-l dărâm...

T: Desigur, e-n regulă! Fă-o chiar acum! Dărâmă-l... Ia ridică-te... (M. se ridică la sugestia terapeutului și acționează ca și cum ar împinge zidul - exercițiul include componenta kinestezică, pantomimică, ca suport al restrukturării în plan mental. Terapeutul susține și încurajază, împreună cu grupul, care i se alătură spontan, acțiunea de doborâre a „zidului” interior. M. acționează vădit încurajată, din ce în ce mai expresiv, își intensifică mișcările, respirația devine amplă, râde, se dezinhibă. Grupul stimulează verbal și mimico-gesticular, „performanța” și siguranța lui M. crește simțitor. Îmbujorată și zămbitoare, caută privirile colegilor săi).

T: Bravo! L-ai demolat. Ce faci acum cu cărămizile, cu gunoii?

M: Le transport.

T: Ia roaba și transportă-le.. Întâi pe cele din dreapta... acum și pe cele din stânga, vezi că mai sunt câteva în spatele tău, în față, așa... (M. mimează transportul). Ia privește acum în jur. Cum este?

M: E curat, e bine.

T: Cum te simți, ce-ți trece prin minte?

M: Sunt surprinsă ca am putut să fac toate astea, fără să mă simt ridicolă... Teama de ridicol m-a făcut de multe ori să renunț și când n-ar fi trebuit. De fapt, acum înțeleg că este mult mai simplu să faci ceva, decât să nu faci nimic, și că e mult mai bine să scapi de o tensiune pe care o ai decât să ți-o reprimi nerecunoscând-o... (M. vorbește pentru prima oară în grup despre ea și despre ce gândește, depășind caracterul laconic și impersonal pe care îl au intervențiile ei de obicei).

C: Aș vrea să spun și eu ce fac în confruntarea cu zidul...

T: Spune...

C: Eu mă cațăr pe el!

T: Cum te cațeri?

C: Cu mâinile și cu picioarele.

T: Ce simți în contact cu zidul?

C: Simt că mi-e greu, mai și alunec, dar nu mi-e teama de contact.

T: Ce simți când aluneci?

C: Nevoia de a mă ridica din nou. Nu mă simt prost, pentru că știu că voi ajunge sus.

Voci din grup: O înverșunează alunecatul, se ambiționează după eșec...

C: Nu neapărat, dar vreau să ajung sus.

T: Bine, vrei să ajungi sus... chiar ai ajuns sus, pe zid. Ce simți acum?

C: Mă simt bine. Respir aer curat, pot vedea un câmp larg, pot explora mai mult.

T: Ce faci în continuare?

C: Cred că o să stau aici un timp, apoi o să cobor, ca să pot merge mai departe...

T: Bine, mergi mai departe... S., tu ce faci cu zidul tău?

S: Îl sap pe dedesubt!

T: De ce?

S: Ca să văd ce e dincolo... Nu-mi place să stau aici singur, izolat.

T: Deci faci asta pentru a scăpa de izolare...

S: Da. Fac orice pentru a ajunge dincolo, chiar și căile ocolite, sau cele mai grele, cred că sunt foarte perseverent când e vorba să nu fiu singur.

R: Asta înseamnă că depinzi de alții într-atât încât nu suporti absența lor?

S: (surprins și ușor încurcat) Nu știu, nu m-am gândit la asta, dar se prea poate să ai dreptate...

T: De ce crezi că R ar avea dreptate?

S: Pentru că pentru mine într-adevăr ceilalți contează mai mult decât mine... adică... vreau să spun că ei sunt mai importanți, iar eu nu sunt la fel de important.

T: Ce simți când ești singur?

S: Mă simt mic și incapabil să mă descurc, să fac față, nesigur...

T: Dar când ești cu ceilalți?

S: Ei! atunci cred că vor prelua ei din greul unor situații, că vor face mai bine decât mine, mă simt protejat, dar...

T: Dar...

S: De fapt, tot eu îmi rezolv problemele, dar acum înțeleg că am mai multă nevoie de aprobarea lor. Și în copilărie așteptam aprobarea părinților mei ca să fiu sigur că procedez bine, de altfel, mama adesea acționa în locul meu pentru că ea „facea mai bine” decât mine. Ha, ha!

Am înțeles! Acesta este de fapt obstacolul meu interior, frica de mine însumi, de neputința mea presupusă. Ar trebui mai curând să mă sprijin de zidul acesta și să învăț ceva de la el: să mă bizui mai mult pe mine, să fiu eu zidul.

T: Acum ești zidul. Cum te simți?

S: Solid, rezistent, semeț, stabil, puternic, nu mă dărâm cu una cu două...

B (zâmbind ironic, provocativ): Și dacă în spatele zidului e alt zid? Dacă apare alt zid?

S: Foarte bine, am alcătui împreună o casă...

N: Ba eu aș dărâma toate zidurile care îmi stau în cale.

T: Dar poate că zidul acela are nevoie de tine, de protecția și de iubirea ta...

N: Atunci m-aș lipi de el.

T: Lipește-te de el! Cum este la atingere?

N: CALD.

T: Cald... Ce simți acum față de zid?

N: Atracție. Mă pot sprijini cu spatele de el, e încins la soare, e chiar bine și plăcut.

B: Eu totuși aș căuta o fisură, cât de mică în zid. Punctul vulnerabil. Așa, aș încerca s-o lărgesc cu o piatră, încet, încet, chiar dacă m-aș enerva și aș surpa până la urmă zidul.

O: Eu îmi înfrumusețez zidul. Îl pictez cu flori galbene.

T: Și ai rămâne așa în fața zidului tău picat? N-ai încerca să treci dincolo?

O: Depinde.

**Voci din grup:** Nu ești curioasă să vezi dincolo?

O: Ba da, dar depinde de ceea ce se află pe partea cealaltă...

T: (râzând) Iar eu îți spun că dincolo de el se află încă 99.000 de ziduri, o infinitate de ziduri...

(O: basculare corporală, ezitare, mimică surprinsă)

**Voci din grup:** Eu aș trece cu orice preț dincolo...

P: Eu m-am concentrat puternic și zidul meu s-a transformat în sticlă, ACUM APARE ȘI O FEREASTRĂ ȘI TOCMAI TREC PRIN EA... (exercițiu spontan mimico-gesticular), apoi radioasă: Gata, și nici măcar nu a fost greu, doar m-am concentrat asupra obstacolului.

T: G. dar tu, ce faci?

G: Eu m-am lovit de atâtea ziduri, încât pentru mine orice zid e o bucurie.

T: Să înțeleg că îți place competiția?!

G: Da!

T: Ce simți când te afli în competiție?

G: Mă simt mai puternică, mai sigură...

T: Altfel?..

G: Altfel, mă îndoiesc de mine, parcă nu aș avea valoare... (pauză introspectivă) Asta înseamnă că am nevoie de ceilalți pentru a mă confirma?!

T: Tu ce crezi?

G: Cred că da. Dar asta mă face în același timp să depind de alții și nu cred că e bine... Nu-i așa?

**Exemplificare 2. Lucrul cu metafora „zidul” într-un caz cu tulburare nevrotică conversivă, diagnosticat după DSM-III ca durere somatoformă (307.80) și după DSM-IV ca tulburare somatoformă - 300.81 sau tulburare conversivă - 300.11) (I. Mitrofan, 1991).**

L. S. este o tânără de 28 de ani, ingineră, necăsătorită. Locuiește împreună cu mama și cu tatăl ei vitreg, părinții săi fiind divorțați încă de când L. avea 12 ani. Imediat după divorț, mama sa se recăsătorește. Orientarea sa profesională nu îi aparține, fiind mai curând stabilită de mama sa, iar insatisfacțiile legate de angajarea sa ca ingineră într-o fabrică sunt importante. De cca. 6-7 luni acuză „probleme cu stomacul”, pentru care a solicitat de mai multe ori consultații medicilor interniști, dar aceștia, de fiecare dată au infirmat orice afecțiune somatică în sfera gastro-intestinală, pe baza unor analize atente și repetate. L. continuă să se îngrijoreze din cauza durerilor frecvente și greu suportabile în zona epigastrică, la care se adaugă dispoziția afectivă negativă, iritabilitate, scăderea interesului și inițiativei, neliniște, problematizări multiple pe tema unei boli presupuse nedepistate, tristețe și discomfort cvasipermanent. După mai multe întâlniri centrate pe anamneză și formularea „problemelor” de către pacientă, am introdus în cadrul unui proces terapeutic mai complex, orientat gestaltist și tehnica metaforei obstacolului interior. Scopul utilizării acestei tehnici este o mai bună autoconștientizare și practicarea unui **exercițiu de autorestructurare a imaginii de sine**, în baza unei clarificări a propriilor sentimente, atitudini și așteptări față de cei apropiați și față de sine-însăși. Redăm în continuare un fragment de dialog terapeutic:

«T: Imaginează-ți că te afli acum, aici, în fața unui zid, spune-mi, te rog, cum este zidul pe care îl ai tu în minte...

L: Hmm... (ostează prelung)

T: Spune-mi trei caracteristici ale zidului.

L: E transparent, rece și neted.

T: Deci e transparent... și ce se vede prin el? Ce este dincolo?

L: Apă. doar apă. (își crispează umerii și își coboară tonul) (atragem atenția cititorului asupra semnificației materne a acestui element - apă, așa cum este cunoscută din analiza simbolurilor și din psihologia proiectivă).

T: Apa... Și ce ai de gând să faci cu acest zid?

L (prompt și ferm): Păi nu fac nimic. Stau.

T: Nu ești curioasă să vezi cum e dincolo de zid?

L (grimasă de lehamite și refuz) Păi, dincolo e apa...

T: Și?

L: (brusc, precipitat) și mi-e frică de apă, asta e... Mi-e frică să trec.

T: Cum te simți în fața zidului?

L: Bine. Mă simt în siguranță. Nu vin în contact cu ea, doar o văd.... La fel fac și cu mama mea. Evit să mai vorbesc cu ea, nu are rost, pentru că imediat ne-am înfrunat, dar simt nevoia s-o văd... Îi spun doar când mă doare stomacul. Atunci mă ascultă.

T: Să înțeleg că te simți importantă pentru ea, doar când te doare stomacul?!

L: Cam așa ceva... (zâmbește sarcastic) lasă să știe că are copil, nu?

T: Altfel?

L: Altfel, nu are decât soț, adică pe tatăl meu vitreg...

T: Pe tatăl tău vitreg...

L: Credeți că sunt geloasă pe el?

T: Tu ce crezi, ce simți?

L: (tăcere încordată, își frământă degetele) într-un târziu, cu voce măsurată, ușor târăgănată: Ei, bine, cred că da, sunt geloasă uneori, îi acordă prea multă atenție și nu merită, îi e prea supusă și asta mă macină...

T: Te macină, te roade... Cum simți macinarea asta, unde o simți?

L: (cu vădită satisfacție și oarecare ușurare) Uite aici o simt, chiar aici (își apasă mâna stângă în zona plexului solar) **E ca o piatră de moară, grea.**

T: Încearcă să localizezi mai clar „piatra care te macină”, fii foarte atentă la zona aceea, așa, te poți folosi de palma ta, simte-o ușor sub palmă... pipăie atent piatra, simte-o mai clar sub podul palmei, sub degete, strânge-o ușor.

Stop! Ce simți acum?

L: Acum pare că a încetat să se miște, să se învârtă, acum s-a fixat. Mi-e mai bine așa, dar e grea, e mare...

T: Observ-o cu atenție, concentrează-ți toată ființa ta acolo și descrie-i mental conturul, clar, cât mai clar... Ai reușit?

L: Da, acum am control pe forma ei și pe greutate.

T: Foarte bine. Acum înconjoară lent, foarte lent, de la stânga la dreapta, conturul pietrei tale, micșorând-o cu fiecare cerc pe care îl descrii în mintea ta. Palma ta stângă urmează aceeași mișcare ca și a minții tale. Continuă să-ți macini piatra dinspre exteriorul ei spre interior, și spune-mi ce obții...

L: Am micșorat-o la jumătate, e mai suportabilă...

T: Continuă, te rog, până la dimensiunile unui sâmbure de piersică și simte căldura plăcută care se degajă în timp ce tu micșorezi piatra...

L: Începe chiar să-mi placă, e din ce în ce mai cald și mai plăcut. **AȘ INTENSIFICA RITMUL DE MACINARE...**

T: Fă-o dacă dorești, dar rămâi foarte atentă la dimensiunile pietrei, vizualizează totul, fiecare fir care se eliberează, haloul de pulbere, ușoară, foarte ușoară, până se pierde, până devine doar un abur ușor, și cald, doar o urmă de abur, doar o impresie... Urmărește cum piatra devine cât un simbur de cireasă, cât un sâmbure de măr, cât un bob de grâu, cât un bob de mei, cât un fir de nisip; acum un bob de rouă, transparentă spală firul de nisip, îl înmoaie, îl disipează...

L: Acum nu mai e decât puțină răcoare în acest punct, de altfel foarte plăcută, acum nu o mai pot percepe. Chiar eu am făcut toate astea?

T: Chiar tu faci toate astea cu tine însăși. Numai tu poți decide și controla ceea ce îți propui să faci, **Eu doar ți-am arătat cum să lucrezi asupra ta, focalizându-te și simțind ceea ce tu însăși produci, cu propriile tale resurse.**

Din secvența de dialog de mai sus rezultă clar că metafora zidului exprimă analogic simptomul de bază (durerea de stomac psihogenă), precum și funcția de autoprotecție, autoapărare patologică pe care acesta o îndeplinește în sistemul perturbat al relațiilor pacientei cu ea însăși și cu familia sa.

Utilizarea metaforei „zidului”, ca suport provocativ și restructurant-optimizator antrenează transformări în planul reprezentării mentale și al corelatelor emoțional-motivaționale ale simptomului echivalent. La rândul său, simptomul este o metaforă, o exprimare simbolică a sentimentelor de frustrație și a unei imagini de sine negative, neconștientizate. **Tehnica terapeutică experimentată de noi își propune să restructureze o metaforă patologică prin intermediul unei alte metafore-cheie, care deși exprimă o situație potențial frustrantă, echivalentă cu prima, poate fi dirijată sanogen în procesul terapeutic.** Cu alte cuvinte, metafora-cheie devine o cale de acces la înțelegerea adevăratei semnificații a simptomului, la reevaluarea lui prin experiența fenomenologică, acum și aici, și în consecință la dizolvarea sa ca simptom prin reintegrarea semnificațiilor conștientizate într-un plan mai înalt, evolutiv, deblocant și deschis. Persoana se poate astfel autoaccepta, reevalua și depăși impasul. **În consecință, simptomul devine un fenomen controlabil, deci și modificabil.** Devenind inutil, simptomul se autoelimină prin pierderea semnificației. Un lucru deja cunoscut poate fi integrat ca o experiență utilă și schimbându-i-se astfel, semnificația, persoana devine liberă de „corvoada exprimării indirecte”, metaforice dezadaptative. **O metaforă de substituție terapeutică utilizată ca vehicul de conștientizare poate destructura și elimina spontan o metaforă patologică cu mecanism inconștient.** Altfel spus, o metaforă combate o altă metaforă, eliminând-o sau extrăgând un sens nou. Această modalitate de lucru terapeutic demonstrează o dată în plus, ce resurse de autoreglare inteligentă și creativă, subtile și elegante, deține ființa umană. Psihoterapia nu face altceva decât să activeze și să actualizeze aceste resurse, facilitând prin mijloace specifice, analogice structurilor și funcționalităților psiho-mentale procesele de reorganizare și evoluție adaptativă.

În exemplul de mai sus, „zidul” vizualizat în imaginar este metafora terapeutică aflată în raport analogic cu metafora patologică („durerea de stomac”).

Corespondența dintre cele două metafore, ambele construite și experimentate mental de

către pacientă, rezultă din următoarele:

- ambele au o funcție autoprotectivă - de evitare a unui conflict sau discomfort în raport cu ceva, respectiv cineva, față de care pacienta are nevoi emoționale. Ambele metafore conduc la dezvoltarea unei relații ambivalente cu mama (elementul simbolic matern/feminin - apa). Iată **corespondențele**: zidul, prin caracteristicile sale („transparent, rece și neted”) pe de o parte, o separă de apă, de care se teme, și acesta este motivul pentru care nu dorește să treacă dincolo de zid, în cadrul exercițiului terapeutic, pe de altă parte, îi permite prin transparența sa, „să vadă apa”, adică să rămână într-o relație cu aceasta;

- durerea de stomac (simptomul-metaforă), pe de o parte, nu se vede din exterior (adică este transparentă ca și zidul imaginat de pacientă), dar pe de altă parte o protejează de confruntarea directă cu mama - dacă o doare, mama va evita să-i facă reproșuri sau să o certe, și la rândul ei, nici pacienta nu-i mai poate reproșa nimic mamei, având o problemă personală mult mai presantă. Astfel, durerea de stomac se interpune între fiică și mamă ca un zid transparent, rece și neted (clar) care evită, detur-nează și modifică relația autentică de comunicare, în detrimentul ambelor, dar mai ales al fiicei. Funcția de evitare a conflictului, ancorează pacienta în simptomul psihosomatic de tip conversiv, dar acest „avantaj” iluzoriu facilitează în același timp acumularea frustrațiilor, care hrănesc și dezvoltă simptomul. Iată un cerc vicios care trebuie întrerupt prin conștientizare și restructurare în cadrul exercițiului terapeutic. Acesta „scurtcircuitează” o relație intrapsihică neprofitabilă, blocantă și reface prin clarificarea sentimentelor și atitudinilor, mecanismele unui comportament optimizat, autoasumat, responsabil.

Maniera gestaltistă de a lucra cu L. s-a completat cu jocul de rol, tehnica „scaunului gol” (dialoguri imaginate și susținute de L. prin joc de rol cu persoanele-cheie din viața sa - mama, tatăl absent și tatăl vitreg, și evident, cu ea însăși în două, trei și patru ipostaze ale eu-lui sau prin tehnica armonizării polarităților și respectiv, prin tehnica metapozitiilor). Pe parcursul mai multor ședințe L. și-a clarificat și depășit conflictele afective care o blocau în simptomul metaforic (durerea de stomac).

După cca. trei luni de psihoterapie, fără suport medicamentos asociat, pacienta renunță la acest limbaj expresiv simbolic corporal și devine mai afirmativă și mai dispusă să ofere afecțiune și suport mamei sale. Autoacceptându-se și revalorizându-se de pe o nouă poziție, ea se dovedește mai flexibilă și mai generoasă față de tatăl vitreg, cu care își normalizează relația, în limitele condiționărilor socio-culturale specifice.

## 2.2. Lucrul cu visul

Cu toate că terapia experiențială a integrat multe tehnici din terapia dinamică, **abordarea visului ca instrument terapeutic este diferită de cea proprie terapiei dinamice.**

Terapia existențială, de pildă, vede visul ca manifestare a modului de a fi în lume al individului. Boss accentuează ideea ca în analiza existențială trebuie restrânsă utilizarea oricărei interpretări simbolice sau teoretice. Este foarte important ca visele să nu fie interpretate simbolic. Visul trebuie abordat ca un aspect al existenței individului. El trebuie lăsat să vorbească pentru el însuși. Dacă pacientul comunică un vis în care el se simte prins în capcană, terapeutul va corela acest vis cu sentimentele pacientului din viața de fiecare zi (Jung, 1996, p. 166-167).

Nici gestalt-terapia nu interpretează visele. „În loc de a le analiza și de a le fragmenta, noi le readucem la viață” (Perls, 1974, p. 73). „Și modul în care la readucem la viață este retrăirea visului ca și când s-ar întâmpla acum” (idem op. cit. p. 73). Pentru Perls, visul este o excelentă ocazie de a identifica „golurile” personalității. Aceste „goluri” sunt evitate de oameni pentru că ele înseamnă ceva necunoscut, înseamnă confuzie. „A înțelege visul înseamnă a realiza când eviți ceea ce este evident” (Perls, idem. op. cit. p. 75). Important este ca individul să descopere singur ceea ce el evită.

**Cum lucra Perls cu visele?** „Luați fiecare persoană, fiecare lucru, fiecare stare și lucrați cu ele. Fiecare bucăciță din acest mozaic, pusă alături cu cealaltă, va întregi personalitatea.” (idem. op. cit. p. 74)

Elementele visului sunt de fapt, acele dimensiuni care fac parte din „pata neagră” a personalității. Perls se exprimă foarte frumos în

acest sens: „A lucra cu visele în maniera gestaltista este un fel de atac central, chiar în inima non-existenței voastre” (op, cit. p. 75). a retrăi visul în situația terapeutică înseamnă a revela acele dimensiuni ce țin de „pata neagră” a personalității.

Prezentăm în continuare o **secvență de dialog terapeutic exemplificativ pentru lucrul cu visul în maniera gestaltistă**. Este vorba de un program de optimizare comportamentală aplicat de noi unei persoane tinere, de sex masculin, introvertă, cu conduită evitantă.

«**Fantasma cu ursul**» - (I. Mitrofan, septembrie, 1995)

«C: Aveam 3-4 ani, poate 5, când a început să mă bântuie următoarea fantasmă, care îmi revine periodic și în ultimul timp în special: visez că mă trezesc noaptea și că la picioarele mele și ale mamei stă un urs pe scaun și gâfâie din greu. Curios, ursul are un cap ce aducea mai mult a lup, cu urechile ciulite. Atunci simt nevoia să mă lipesc mai mult de mama ca să o trezesc, sunt foarte speriat. Stau nemișcat până spre dimineață și plin de groază.

T: Încearcă să retrăiești scena, acum, ca și cum s-ar petrece aici. Vizualizează întregul tablou și oprește-te cu atenție asupra ursului. Privește-l atent și descrie în amănunt ce face...

C: Respiră foarte greu, precipitat și se uită foarte atent la mine, cu urechile ciulite... (ric-tus de perplexitate, mică neliniște motorie, își caută poziția în scaun, se foiește și-și încordează ușor ceafa)

T: Spune-mi ce simți acum, ce observi la tine?

C: Sunt neliniștit, palmele îmi transpiră, respir greu. Vreau să-mi ating mama, s-o trezesc ca să dispară ursul.

T: Fă asta acum. Atinge-ți mama, lipește-ți mâna de ea... acum lipește-te de ea. Ce simți?

C: Plăcere. Mă simt bine. O mare plăcere... (micșorează fanta palpebrală, destinde obraji și schițează un surâs nesigur, ușor tremur al bărbiei)

T: Încearcă acum, te rog, să te abandonezi acestei senzații plăcute, intensifică starea de plăcere, trăiește-o cât mai adânc, cât mai intens, amplifică din ce în ce mai mult, experimentează plăcerea, simte-o în tot corpul tău, în sufletul tău...așa.... În timpul asta observă ursul... Spune-mi ce face el?



C: Se uită la mine și sunt speriat, parcă puțin vinovat, nu știu...

T: Cum te simți față de el?

C: Mic, neajutorat, mă tem că mă atacă...

T: Ce ar putea să te liniștească puțin?

C: Dacă nu s-ar putea ridica de pe scaun, dacă l-aș imobiliza...

T: Fă-o!... Ești în deplină siguranță, ești lângă mama și ai o funie groasă la dispoziție. Folosește-ți imaginația și vezi ce poți face...

C: Aș vrea să-l leg de scaun, dar...

T: Înaintează un pas și vezi ce se întâmplă...

C: Nu se întâmplă nimic, stă și mă privește.

T: Foarte bine, lasă-l să te privească și mai fă doi pași către el. Acum ești foarte aproape de el, îi simți răsuflarea și el continuă să stea nemișcat. Cum te simți acum?

C: Ceva mai liniștit și foarte curios... L-aș lega acum, dar tot îmi mai e frica...

T: Ridică-te te rog de pe scaunul tău și procedează ca și cum ai lega strâns ursul de scaunul acesta gol din fața ta. Înconjoară-l cu o funie groasă, de mai multe ori, mișcându-te în jurul lui, așa... foarte bine, din ce în ce mai strâns, verifică legătura, înnoadă bine funia... Ce simți acum?

C: Mai bine, dar nu foarte bine, mă incomodează ceva... Da, știu acum, mi-e frică să-l privesc.

T: Verifică încă o dată legatura. E bine legat? E imobilizat?...

C: (Se reasigură pantomimic și respiră ușurat, apoi se rează spontan în scaunul său; privire întrebătoare și ușor surprinsă...)

T: Acum privește-l, privește-l în ochi, direct și atent, calm... Ai reușit?

C: Da, îl pot privi...

T: Ce simți în privirea lui? Ce descifrezi?

C: Un fel de curiozitate, de nelămurit, o lumină care se stinge, acum parcă nici nu mă vede, trece prin mine...

T: Trece prin tine, adică un fel de indifeerență...

C: Oarecum, mă ignoră...

T: Îți propun să încerci să întorci scaunul cu urs cu tot, cu spatele la tine. Privește capul ursului din spate. Ursul e bine legat în scaun, rotește-l până nu-i mai zărești fața. Ce vezi?

C: Îi văd urechile ciulite... și mă-nfioară...

T: Să înțeleg că te temi să nu te audă, sau că trage cu urechea la tine?

C: Da!

T: Atunci spune-i ce ai de spus...

C: Pleacă, du-te de aici!

T: Nu poate face asta decât dacă îl ajuți; amintește-ți că tu controlezi acum situația, tu l-ai legat de scaun. Ce poți face?

C: Pot să-l împing, cu scaun cu tot, până îl scot din cameră (execută spontan pantomima, inițiativa rezolutivă crește)... privește întrebător spre terapeut, căutându-i privirea; focalizarea privirii care solicită interacțiune este un prim câștig terapeutic în decristalizarea conduitei evitante, proprii subiectului.

T: E-n regulă! Ai reușit să-l scoți în afara camerei?... (C răspunde nonverbal, aprobativ)

Închide ușa acum. Ce simți?... (subiectul execută scenariul mental lent, concentrat și participativ, în mod pantomimic, pe măsură ce terapeutul încurajează și sugerează discret firul „acțiunilor” transformative „ale scenariului“.)

C: Mult mai bine... da... (respiră adânc).

T: Îți propun să-ți imaginezi acum că te afli dincolo de ușă, în spatele scaunului cu ursul „exilat”. Împinge scaunul mai mult, 5, 10, 20 de metri... din ce în ce mai departe, din ce în ce mai departe..., 100 de metri. Acum rămâi pe loc și întinde ambele mâini (C preia pantomimic sugestia terapeutului). Vizualizează cum forța mâinilor tale întinse în față teleghidează scaunul din ce în ce mai departe, din ce în ce mai departe, experimentează aceasta...

C: Îl văd din ce în ce mai puțin. Văd doar un punct.

T: Ce simți acum?

C: (zâmbet ușor amuzat, parțial ironic, apoi mimică serioasă, notă de gravitate. Mi-e teamă că l-aș putea aduce înapoi...)

T: Ai putea aduce imaginea înapoi?! Foarte bine. Este imaginea ta, de care dispui cum vrei, adu-o îndărăt!... Fă-o!...

C: (surâde cu malițiozitate, apoi ca un copil prins cu minciuna, parțial amuzat, parțial vinovat; se joacă trăgându-și degetele...)

T: Aha! Înțeleg că te joci cu fantasma și vezi, ce simți...

C: E goală.

T: Așa, rotește-o! Ce simți?

C: Că sunt puternic. Pot să rotesc fantasmă (destins, satisfăcut). Puternic, îmi place puterea.

T: Îți place puterea, ești puternic. Ei, ce mai face ursul? Ce mai știi despre el?

C: Știu că e la distanță mare și că nu mai vine înapoi. Imaginea lui mi-e puțin neclară, chiar neclară, s-a risipit...

T: Ce-ți trece prin minte acum?

C: Chipul tatălui meu... Îmi amintesc acum că până pe la 7-8 ani, și chiar mai târziu, mereu îmi spunea: „tu ești băiat, nu-i frumos să te lipești așa de mama, nu trebuie să stai așa de aproape de ea, nu e bine...” Mereu mă gândeam că tata e rău, nu înțelegeam de ce nu e bine, din moment ce eu simțeam că e bine... Acum mă gândesc că probabil, el dorea să fiu mai independent, mai curajos, mai afirmativ...

T: Cum te simțeai atunci?

C: Respins, nu prea iubit... neacceptat

T: Și ce făceai, în acest caz?

C: Mă temeam de el să nu mă surprindă atingându-mă pe mama, mă simteam vinovat și oarecum într-un pericol iminent. De altfel, mai târziu, nu prea am fost atașat de mama, ci am preferat-o mai mult pe bunica mea, cu care m-am înțeles bine. Cu ea puteam fi liber...

T: Ce crezi acum despre asta?

C: Cred că de fapt, am iubit-o pe ea mai mult, în locul mamei. Pe ea aveam voie să-o ating, să-o îmbrățișez, nu-mi interzicea nimeni, nu observa nimeni. Nu mi se putea întâmpla nimic rău... (insight! fața i se luminează într-un zâmbet larg, nerezitat, de surpriză) Aaa! Deci ursul din vis ... e o legătură între el și tata, cel care m-ar fi putut pedepsi pentru o vină pe care nu o înțelegeam. Tata... cel cu urechile ciulite, care, chiar dacă nu m-ar fi văzut, ar fi auzit oricând mișcarea mea de a mă lipi de mama... (zâmbeste) Ce curioasă e mintea omului! Dar mie îmi era frică, asta e! și orice copil când se teme se lipește de mama. Iar ca băiat, tata mă dorea neapărat curajos. Da. Ce voia el și ce am înțeles și simțit de fapt eu atunci!... (Își schimbă poziția, își întinde picioarele și își sprijină spatele comod în fotoliu. Vizibil relaxat, apoi ușor amuzat): ... și atunci bunica a devenit foarte importantă pentru mine... da, da... În clasa I am văzut o poză de-a mea- când eram bebeluș - împreună cu ceilalți din familia mea, iar fotografia fiind prost făcută, bunicii mele îi lipsea capul din cadru... Am suferit îngrozitor, credeam că bunica este moartă (apoi brusc,

către terapeut). Cum credeți că se poate rezolva această fantasmă sexuală din copilărie? Pentru că și acum visez repetat acest vis?

T: (ton calm și egal): Privește ursul și spune-mi ce simți acum...

C: (amuzat) Ursul e doar un punct...

T: Adu-l mai aproape, mărește-l atât cât îți convine...

C: Ha! Ha! e un urs cumsecade, e doar un urs cumsecade, puternic, greoi și serios, puțin stângaci, doar atât.

T: Ce simți față de el?

C: Apropiere.

(Apoi brusc, cu ton sigur, dar ușor emoționat, înmuiat, confesiv): Îmi seamănă. Mi-e aproape, e ca mine. mă înțelege. Stă cu mine, aici, liniștit. Și eu sunt un urs.

T: Ce-ți place la el acum?

C: Puterea și liniștea. E bun“

În exemplul anterior, noi am folosit „lucrul cu visul” în maniera clasică a lui F. Perls. Astfel, am încercat să provocăm clientul într-un proces de re-asimilare și re-personalizare a unei părți „alienate” a sinelui, centrate pe frica de autoritatea pedepsitoare raportată la fantasma atracției sexuale primare. El a experimentat o decompresie emoțională, o clarificare și o conștientizare a modului în care se raporta la obiectele primare ale iubirii și a putut opera o mutație atitudinală pozitivă față de obiectul cu care stabilise o relație inautentică, bazată pe sentimentul respingerii și pe culpabilitate. În consecință, nivelul tensiunii afective negative inconștiente s-a redus, imaginea de sine s-a echilibrat în baza unei mai bune autoînțelegeri și a autoacceptării. Aducând trecutul visat în prezentul experimentat, clientul și-a putut reevalua și integra conflictele nerezolvate, reprojectându-și pas cu pas „scenariul” experiențial, simultan în plan percepție, acțional și afectiv. Pârghia de reconstrucție terapeutică a fost imaginarul, corelat cu mișcarea pantomimică, de natură să creeze noi structuri în planul cunoașterii și comportamentului individual. Tehnica aplicată a operat astfel o transformare terapeutică a personalității, prin deblocarea capacității clientului de a evolua pe cont propriu.

„Eu cred că în vis, comenta F. Perls, în, «Gestalt Therapy Verbatim», 1974, p. 77, noi primim mesaje existențiale clare despre țelul pe care îl avem în viață, despre ce trebuie să facem și să experimentăm. În vis există un prinos de material de re-asimilat și re-cunoscut, re-stăpânit și re-personalizat, provenit din părțile alienate, respinse, negate ale ființei, ale sinelui. Folosim termenul sine fără majusculă, pentru că el desemnează doar „tu însuși, la bine și la rău, în boală și în sănătate și nimic altceva.”

**F. Perls focalizează experiența terapeutică individual, dar beneficiarii acestei metode sunt și alte persoane** (cca. 10-15 – grupul de fundal, asemenea unui cor din drama antică). Acestea participă la două tipuri de activități: seminarul și workshopul sau atelierul de lucru. Părintele gestalt-terapiei pornește de la ideea că se poate învăța mult prin înțelegerea a ceea ce se întâmplă cu alte persoane. Prin identificare poți învăța că multe dintre conflictele altora sunt și ale tale și aceasta te poate ajuta să te autodescoperi. Sensul acestei descoperiri de sine este **trezirea**.

Dacă seminarul din weekend este doar un prilej de familiarizare cu terapia, incluzând și lecturi demonstrative, workshopul devine însă o „scenă” a restructurării și transformării de sine. În centrul experienței se află câteva persoane care se oferă să lucreze cu terapeutul. Acesta este reponsabil doar pentru el însuși și pentru nimeni altcineva. „Nu-mi iau nici o responsabilitate pentru nici unul dintre voi. Voi sunteți singurii responsabili pentru voi înșivă” își clarifică, de la bun început, Perls, poziția. El se consideră un catalizator: „Funcția mea de terapeut este să te ajute să te trezești, să te conștientizezi și să te frustreze în orice încercare a ta de a te opune acestei treziri (n.n. aluzie la rezistență)... dacă vrei să o iei razna, să te sinucizi, ori să încerci orice altă experiență care-ți va schimba viața, asta depinde de tine. Eu îmi fac treaba mea și tu pe a ta.” (op.cit.p.78)

Motivarea clienților în terapie creează de la începutul terapiei condițiile pentru **autoimplicare și creștere liber consimțită, pentru auto-restucturare autoasumată**: „Cine nu vrea să-și asume responsabilitatea pentru terapie să nu se integreze în ea. Vii aici din propria ta dorință.

Nu știu cum va decurge creșterea ta, dar esența «creșterii» oricărei persoane este asumarea propriei responsabilități asupra gândurilor, emoțiilor, sentimentelor.”

În opinia lui Perls sunt două categorii de clienți, evident, cu rezultate diferite în terapie.

Unii vin din bună-credință, animați sincer de dorința de schimbare. Alții vin pentru că sunt inteligenți și încearcă să-și întărească imaginea de sine, din acest punct de vedere. Cei „inteligenți” sunt recunoscuți de obicei printr-un mod specific de a zâmbi, care poate sugera: „știu foarte bine că de fapt ești un idiot” și orice argumente ai încerca, nimic nu-i poate convinge, așa cum apa nu poate uda spatele unei rațe”. Perls afirma că 90% dintre aceștia nu se duc la terapeut ca să fie vindecați, ci ca să fie cât mai adecvați în nevroza lor. Dacă sunt „nebuni serioși” vor dori să fie și mai „serioși”. Dacă sunt intelectuali vor dori să aibe cât mai mult material de ruminat. Ei aleg, de fapt, să rămână supărați, mânioși, autodistructivi, etc., așa încât, se autoexclud de la experiența transformării prin creșterea conștientizării de sine.

Visul unui membru al grupului poate fi folosit în beneficiul întregului grup, pentru că întregul grup participă la drama care se conturează. **Continuatorii lui Perls, în special Zinker, vor combina „lucrul cu visul” cu metodele psihodramatice.** Fiecare membru al grupului se poate identifica cu orice element al visului - o casă, un păianjen, o mașină, un avion, o piatră, etc. Fiecare își poate alege rolul care este mai apropiat de situația, de problema sa reală. Cel care relatează visul ajută grupul să înțeleagă elementele visului, iar terapeutul facilitează conturarea visului ca o experiență dramatică pentru întregul grup (Zinker, op. cit. p. 171).

Membrii grupului pot alege să fie alter-ego-uri ale diferitelor personaje. Alter-ego-ul exprimă o forță, un motiv sau un sentiment pe care protagonistul îl trece cu vederea, dar pe care un alt membru al grupului le cunoaște din proprie experiență. Fiecare membru al grupului implicat în această dramă devine o provocare pentru celălalt (idem. p. 172-173).

Pentru ca drama să capete mai mult realism, pot interveni în derularea ei, rude și prieteni apropiați, profesori, mătuși, unchi, șefi, etc. Este vorba despre persoane semnificative din viața clientului.

Creatorul dramei, cel care a oferit visul grupului, își trăiește visul. El poate interveni precum un regizor, putând schimba acțiunea. Poate prelua unul dintre roluri demonstrându-l în detaliu. El poate experimenta diferite deznodămături, polarități, contrarii, resurse sunt activate în interiorul lui. Acum are ocazia să le experimenteze, are ocazia să-și rezolve conflicte din trecut. Și nu numai el. Același lucru se întâmplă și cu ceilalți. Rolul pe care îl interpretează îi solicită, îi provoacă în miezul non-existenței lor, cum spune Perls. Interpretarea unui vis poate fi modificată nu numai de posesorul visului ci și de grup însă numai după ce posesorul visului a ajuns la o înțelegere, după ce s-a conturat o temă și această temă este relevantă pentru toți membrii grupului. Astfel combină Zinker modul clasic de lucru cu visele cu metodele psihodramatice.

### 2.3. Mișcarea ca provocare și expresie

Alături de vise, de fantezie, de metaforă, mișcarea provoacă și în același timp reflectă dimensiuni ce țin de „pata neagră” a personalității individului. Ne putem referi la mișcare ca la o funcție (mișcare folosită pentru executarea unor sarcini specifice), ne putem referi la mișcare ca la tensiunile despre care vorbește Reich, sau ne putem referi la mișcare în legătură cu utilizarea simbolică a posturii, a gesturilor (Feder, 1986, p. 166). Centrarea pe fiecare dintre aceste dimensiuni ale mișcării ne poate situa în tot atâtea „universuri” terapeutice. **Indiferent de abordarea terapeutică a mișcării, ea conține în ea posibilitatea de deblocare, de integrare, de creștere și creativitate.** Există terapeuți care accentuează aspectul restructurant al mișcării, terapii care au la bază ideea că producerea unor modificări în corp, la nivel neuromuscular nu produce numai modificări fizice ci și mentale. Majoritatea acestor terapii sunt întemeiate pe teoriile lui W. Reich și folosesc în mod deosebit manipularea externă. Aspectul provocativ al mișcării, în sensul în care provocative sunt și visele, fantezia, și metafora, este accentuat în **terapia prin dans și prin mișcare** care are în mare parte o bază psihanalitică. Acest tip de terapie accentuează posibilitatea mișcării de a activa, provoca și exprima acele dimensiuni ce țin de non-existența individului.

Terapeuții care au această orientare sunt familiari cu ideile lui Reich însă, în timp ce terapiile întemeiate pe teoriile lui Reich (body therapies) folosesc foarte mult manipularea, terapia prin dans și prin mișcare folosește mișcare autodirecționată (self-directed movement). (Levy D. K., apud Stanton-Jones, 1992, pag. 5)

„Body Therapies sugerează mișcarea ca provocare și expresie, însă terapia prin dans și prin mișcare este întemeiată pe mișcare ca **vehicul de acces la fenomenologia interioară a individului**. Diferitele terapii prin dans și prin mișcare sunt influențate de diferite terapii verbale, freudiană, jungliană, gestaltistă, psihanalitică. În terapia experiențială, îndeosebi în gestalt terapie sunt conectate tehnici ce țin de dans terapie cu terapie verbală. Astfel, acolo unde cuvântul nu pătrunde, pătrunde mișcarea. Așadar, în terapia experiențială mișcarea poate fi folosită ca instrument principal de provocare sau ca instrument auxiliar pe lângă metaforă, fantezie sau vis. Schutz în „Joy, expandig human awareness” propune niște tehnici care folosesc mișcarea ca instrument de provocare la creștere. Prin viziunea sa asupra mișcării ca instrument de provocare la creștere, Schutz înclină către body-therapies și anume către Lowen și Ida Rolf. „Deși nu s-a încercat încă o combinație între tehnicile lui Lowen și Rolf ar fi foarte promițătoare. O combinație între aceste două abordări ar permite conturarea omului ideal, cu un organism care funcționează liber și cu o înțelegere de sine însuși care i-ar permite să identifice senzațiile corporale nepotrivite.” (op. cit. p. 38-39)

Trebuie să menționăm că Lowen a încercat să găsească niște corelații între stările emoționale și manifestările fizice. „Viața emoțională a persoanei depinde de motilitatea trupului său.” (Lowen, p. 53). În munca lui terapeutică a încercat integrarea mișcării cu analiza. Ida Rolf era de părere că redobândirea motilității în fiecare ligament, în fiecare articulație, „determină o permanentă schimbare a personalității, atât la nivel fizic cât și psihologic.” Deși nu spun clar, ci numai sugerează, tehnicile lui Schutz care folosesc mișcarea ca instrument de provocare la creștere, încearcă să îmbine metoda lui Lowen și Rolfing, cum se mai numește metoda Idei Rolf.

Schutz folosește tehnici ce implică mișcarea, nu numai în problemele legate în primul rând de postură, de poziții incorecte. Schutz folosește astfel de tehnici și în probleme legate de control, de afectivitate, în legătură cu sentimentele de apartenență. Să luăm, de exemplu, postura. Terapeuții de orientare body-the-rapies vorbesc despre o „memorie a mușchiilor”, care se formează foarte devreme în existența subiectului („muscles memory”). Nu numai mușchii, trupul însuși este creat de experiența individului. Ca și psihicul, și trupul are o „pată neagră” care trebuie identificată și integrată și ne referim la blocaje fizice, la tensiuni musculare, la mișcări dizarmonice, elemente care nu sunt străine de „pata neagră” a personalității umane. Schutz este de părere că unele dintre blocajele fizice pot fi abordate aici și acum, în terapia experiențială. O simplă schimbare în postura individului poate activa elemente blocate ale psihicului acestuia.

Pentru unii oameni, tensiunea devine o stare atât de frecventă încât ei nu mai sunt conștienți de faptul că sunt tensionați. În acest sens putem vorbi de „pata neagră” a trupului individului sau „umbra” trupului, cum o numesc dans-terapeuții junghieni prin analogie cu umbra psihicului. Tensiunea îl împiedică pe individ să se deschidă la experiență. Cum abordează Schutz tensiunea? I se cere fiecărui membru al grupului să meargă în cerc, rar și să se simtă relaxat cât se poate de mult. Pe urmă li se cere să crească tensiunea, în mod gradual, în fiecare mușchi al corpului începând cu fața și gâtul, continuând cu umerii, brațele, mâinile, stomacul, pelvis, picioare, degete. Ei vor încerca să crească tensiunea cât mai mult posibil. În final, tensiunea este eliberată ușor, de la degete până la cap. Prin această metodă mulți oameni conștientizează gradul de tensionare și capătă instrumentul prin care să se elibereze de tensiune.

Folosirea mișcării ca provocare și expresie este evidentă în modul în care Schutz abordează sentimentele de ostilitate și agresivitate. Societatea în care trăim inhibă manifestarea acestor sentimente, astfel că indivizii nu numai că își inhibă manifestarea lor, dar devin și inconștienți în raport cu ele. O experiență terapeutică care ar provoca aceste sentimente și

care ar permite manifestarea lor i-ar ajuta pe indivizi să clarifice și să-și integreze aceste sentimente. Schutz propune o astfel de experiență terapeutică în care folosește ca instrument de provocare mișcarea.

Cea mai eficientă metodă în acest sens este lovirea unei perne sau unei canapele, însă Schutz mai menționează și „tăierea aerului”, „torturarea prosopului” (wringing a towel) și „boxul cu umbra” (shadow boxing). „Cu cât trupul este implicat mai mult, cu atât experiența este mai eficientă”. (op. cit., p. 48). Din această cauză este de preferat lovitură în care este implicat întreg corpul, loviturii în care sunt implicate doar brațele sau mușchii spatelui. Pentru a implica întreg trupul, Schutz propune ca individul să stea în fața canapelei cu degetele puțin orientate către interiorul palmei și cu picioarele depărtate. Brațele sunt ridicate deasupra capului și puțin în spate. Maxilarul inferior este orientat înainte și pe față există o expresie de furie. Odată cu inițierea mișcării, trupul va porni în mod natural înainte, picioarele curbându-se în așa fel încât tot corpul este implicat în mișcare. Această mișcare poate fi însoțită de tipăt sau alt sunet care iese la iveală în mod natural. Loviturile vor continua până când individul va fi epuizat. În urma unei asemenea experiențe terapeutice, prin mișcare individul își poate conștientiza și integra sentimentele de ostilitate și agresivitate, sentimente pe care nu numai că evită să le manifeste, dar nici nu este conștient în raport cu ele. Ce ar putea să-i împiedice pe acești oameni să conștientizeze și să manifeste astfel de sentimente? Teama că aceste sentimente ar putea duce la distrugere sau chiar la omucid. Experiența conversiei acestor sentimente în mișcare îi poate clarifica individului faptul că manifestarea acestor sentimente nu este un lucru chiar atât de îngrozitor cum credea el.

Schutz continuă experimentul punându-l pe client să ia aceeași poziție ca înainte, însă să se împiedice de la a lăsa mișcarea să se întâmple, reprimându-și în acest mod sentimentele. Menținerea în această poziție este repetată de câteva ori. Acest experiment le va permite să experimenteze controlul voluntar. Schutz a observat că persoanele pot discuta mai deschis despre sentimentele lor după ce au experimentat

controlul voluntar. Într-o altă variantă a acestui experiment descris de Schutz, în caz că persoana nu-și poate manifesta agresivitatea față de o pernă, i se cere să aleagă o persoană din grup în raport cu care simte agresivitate. Aceasta își va ține perna în față și persoana va lovi (idem, p. 47-50).

„Aceste experimente au la bază principiul că sentimentele sunt reprezentate de părți specifice ale corpului.” (ibidem, p. 55) Schutz abordează cu ajutorul tehnicilor ce implică mișcarea și probleme legate de nevoia de apartenență, legate de nevoia de control sau de nevoia de afectiune.

Problema contactului este una din marile probleme ale societății contemporane, tocmai pentru că contactul trebuie să se integreze în spațiul normelor sociale. Nevoia umană de contact este enormă, însă posibilitățile de contact care se integrează în spațiul normelor sociale sunt foarte puține la număr. Astfel, apar mari blocaje, atât fizice cât și psihice, care împiedică adesea satisfacerea acestei nevoi.

Influențat de terapia prin mișcare și prin dans, Schutz propune niște metode ce conțin ca instrument de provocare mișcarea, prin care se poate învăța întâlnirea cu celălalt, contactul cu celălalt.

- Un exercițiu care deschide conflictul între dorința de a fi singur și dorința de a fi cu ceilalți este „A simți spațiul”. Li se cere membrilor grupului să se adune împreună, pe podea sau pe scaun, să închidă ochii și să întindă mâinile pentru a simți propriul lor spațiu. Spațiul de deasupra, spațiul din față, spațiul din spate și spațiul de sub ei. Pe urmă trebuie să fie conștienți de contactul lor cu ceilalți. Acest exercițiu poate provoca o varietate de reacții. Unii oameni vor conștientiza că preferă să rămână în propriul lor spațiu și că, pe oricine intră în acesta, îl consideră un intrus. Alții vor conștientiza că teama de rejecție îi împiedică să pătrundă în spațiul celuiilalt. Alte persoane vor căuta contactul cu ceilalți.

- „Plimbarea oarbă” permite explorarea celorlalți membri ai grupului, în mod neverbal. Li se cere membrilor grupului să se ridice, să închidă ochii și să înceapă să meargă în jurul camerei. La întâlnirea cu celălalt, membrii grupului se pot explora cât timp vor.

Acest exercițiu permite creșterea coeziunii și conștientizarea celorlalți ca ființe umane.

- „Îmbrâncirea” (Bumping) a fost creată în momentul în care un membru al grupului a pus problema că nu este conștient de o parte a grupului. Încercarea terapeutului și a grupului de a rezolva această problemă a dus la conturarea acestei metode. Membrii grupului li s-a cerut să formeze un grup, cu persoana „cu problema” în centru. În următorul pas i s-a cerut persoanei cu problema să-i îmbrâncească pe ceilalți în stilul cocoș-de-luptă. Ceilalți au început să-l îmbrâncească și ei. Îmbrâncirea a început să se intensifice și persoana cu problema s-a simțit liberă să atace și ea. Acest exercițiu bazat pe mișcare l-a pus pe H (persoana cu problema) față în față cu sentimentele legate de insignifianta persoanei lui. „M-am simțit liber, puternic și nu m-a mai interesat ce gândea despre mine cel cu care încercasem să comunic, dar eșuasem.”

O asemenea experiență nu are pretenția de a fi rezolvat conflictele lui H în legătură cu semnificațiile lui ca persoană, însă, provocarea a fost făcută. Sentimentele de izolare și de alienare pot fi abordate și cu ajutorul mișcării. „Intrarea cu forța” (Break-in) abordează astfel de sentimente de izolare în raport cu un grup în care îți dorești să intri, în care îți dorești să fii integrat. Acesta este un sentiment împărtășit de foarte mulți oameni. „Intrarea cu forța” permite confruntarea cu sentimentele legate de nevoia de apartenență.

Cum decurge acest experiment?

Cei care sunt deja integrați în grup vor forma un grup prin înlănțuirea brațelor lor. Ei se vor opune din interior sau din exterior persoanei care vrea să rupă cercul. Strategia de rupere a cercului este aleasă în funcție de cum îi vede persoana pe cei care formează cercul. Se consideră că persoanele integrate se vor opune „outsiderului” din interior dacă acesta face deja parte din grup însă nu este integrat. „Outsiderul” îi va percepe pe membrii grupului ca fiind preocupați unii de alții, aceasta fiind cauza ignorării lui de către ei. Se consideră că persoanele integrate se vor opune „outsiderului” din exterior dacă acesta nu face parte din grup. În acest caz outsiderul percepe membrii grupului în care dorește să intre, ca „ținându-l la distanță”.



În funcție de aceste percepții asupra membrilor grupului, outsiderul va încerca să rupă cercul în orice mod, în timp ce membrii grupului încearcă să-l țină la distanță.

Într-o altă variantă, outsiderul încearcă să rupă cercul și să-și ia un loc în cadrul cercului ca un membru obișnuit. Schutz propune și tehnici care abordează probleme legate de control, tehnici care implică mișcarea.

Schutz menționează faptul că competiția și ostilitatea interpersonală sunt probleme care trebuie abordate cu grijă. Este foarte important ca ele să fie bine înțelese. Adesea, represia acestor sentimente înseamnă reprimarea întregii personalități.

- „Răsucirea daneză a degetelor” (Danish thumb-wrestling), „Răsucirea brațelor” (Arm wrestling), „Presa” (The press), „Împingerea” (Pushing), „Izbucnirea” (Breaking out) sunt tehnici sau exerciții care folosesc mișcarea ca provocare și expresie a sentimentelor legate de control. „Răsucirea brațelor” permite explorarea aspectelor legate de putere. Este o activitate veche și constă în așezarea celor ce se confruntă pe podea, pe coate, și confruntare cu ajutorul brațului în cotul căruia se sprijină. Cei doi sunt așezați ca-n oglindă.

- „Presa” este foarte eficientă în cazul unor conflicte nerezolvate. Cei ce se confruntă își pun mâinile unul altuia, pe umeri și încearcă să se împingă către podea.

- „Împingerea” presupune a sta palmă în palmă și atunci când cei ce se confruntă vor fi de acord, începe împingerea, fiecare încercând să-l pună pe celălalt jos.

- „Izbucnirea” presupune formarea unui cerc, persoanele care formează cercul având brațele legate unele de altele. Dacă grupul este prea mare se recomandă formarea a două cercuri concentrice. În mijlocul cercului este situat cel cu problema de inhibiție. El va încerca să iasă, rupând cercul; cei care formează cercul vor face tot posibilul să-l țină în interiorul cercului.

Într-o altă variantă a acestui exercițiu, persoana care constrânge va înconjura persoana care se simte constrânsă. Persoana constrânsă va încerca să scape de strânsoare. Aceste tehnici care au ca instrument de provocare mișcarea sunt foarte eficiente în abordarea problemelor legate de control.

Mișcarea utilizată în cadrul acestor tehnici dă la iveală dimensiuni legate de putere, de competiție, de eficiență. Individul se confruntă cu aceste dimensiuni, le conștientizează și există posibilitatea integrării. El va descoperi resurse nebanuite, va descoperi că poate face față unor situații în fața cărora se bloca.

- Sentimentele legate de nevoia de afecțiune pot fi abordate cu ajutorul metodei Roll and Rock (Balansarea). Grupul va forma un cerc în jurul persoanei care simte nevoia să-și testeze capacitatea de încredere în ceilalți. Această persoană va fi trecută de la un membru al grupului la altul, de-a lungul cercului. Persoana trebuie să închidă ochii, să-și relaxeze fiecare mușchi al corpului și să se lase pe seama membrilor grupului. Ea va fi trecută de câteva ori de-a lungul cercului. Ea va începe să se relaxeze pe măsură ce activitatea continuă. Următorul pas constă în ridicarea acestei persoane de câțiva membri ai grupului la nivelul pieptului și paralel cu podeaua. Capul trebuie lăsat să cadă în mod natural, mâinile lăsate pe piept sau pe stomac. Pentru a reduce tensiunea de la nivelul gâtului va fi nevoie de două degete. Persoana va începe să fie legănată. Legănatul va fi continuat până ce persoana va fi așezată pe podea. Într-o altă variantă, după coborâre se face o pauză scurtă, după care persoana e așezată în așa fel încât tensiunea musculară să fie redusă. Pe urmă persoana e apucată de glezne și de încheieturile mâinilor. Un membru al grupului îi pune mâna sub cap; alt membru al grupului îi pune mâna sub bărbie și altul va direcționa mișcarea. Cei trei membri, implicați în intimidarea persoanei vor începe să tragă din mijlocul corpului. Tragerea poate fi puternică dar nu și dureroasă. Ea va continua până când, cei implicați în întinderea persoanei își lasă mâinile să cadă asupra ei.

Toate aceste metode, care implică mișcarea, și care sunt folosite de Schutz pentru abordarea problemelor legate de afecțivitate și de control, au la bază conversia sentimentelor în mișcare. Mișcarea e provocare și expresie. Acolo unde cuvântul nu pătrunde, pătrunde mișcarea.

Am spus că Schutz, în viziunea lui asupra mișcării, ca provocare și expresie, se apropie în primul rând de bodyterapii însă, după cum el

însuși menționează, în elaborarea tehnicilor sale a fost influențat și de terapia prin dans și prin mișcare.

Modul în care este folosită mișcarea în terapia prin dans și prin mișcare, accentuează rolul ei ca vehicul de acces la fenomenologia interioară a individului. Cu toate că nu respinge ideile reichiene, terapia prin dans și prin mișcare evită manipularea externă, folosită de bodyterapeuți.

În terapia prin dans și prin mișcare, individul descoperă singur mișcarea și se descoperă în mișcare. Mișcarea fiind abordată, în acest tip de terapie, mai ales din punct de vedere psihanalitic, ea „servește ca legătură între lumea interioară și lumea exterioară” (K. Jones, idem, pag. 30).

Din perspectiva psihodinamică mișcarea este folosită „ca instrument prin experiența preverbală și experiența nediferențiată este adusă în conștient” (Fletcher, apud de K. Jones, pag. 25).

În terapia jungliană mișcarea este instrument al individuației. În timp ce în terapia psihodinamică mișcarea este în mare parte spontană, în terapia jungliană mișcarea poate fi folosită pentru explorarea viselor, fanteziilor, imaginilor artistice (mandala) transferului (K. Jones, op. cit., p. 30). Whitehouse a accentuat rolul mișcării ca vehicul de acces la inconștient, la arhetipuri, la elementele de transformare ale psihicului (idem, p. 20). Ea a folosit termenul de imaginație activă pentru a descrie procesul prin care mișcarea spontană accede la inconștient.

Pentru accentuarea mișcării ca instrument de provocare ni se pare foarte important să menționăm deosebirea pe care o face Chodorow între oamenii care folosesc mișcarea predominant ca expresie sau ca impresie (ibidem, pag. 30). Expresia se referă la traducerea unei stări interne prin mișcare, iar impresia se referă la capacitatea mișcării de a activa, de a provoca emoții. „Mișcările pot reprezenta, simultan, o realitate interpersonală și intrapsihică și pot provoca o amintire sau un pattern de relaționare cu ceilalți” (ibidem, pag. 127). „Este foarte important, însă, de realizat că nu toate mișcărilor sunt însoțite de imagini.” (ibidem, pag. 123) Poate că numai jumătate sau mai puțin de jumătate din mișcări sunt însoțite de

imagini, simboluri, metafore. Unele mișcări sunt foarte bogate în asociații și captează imaginația grupului, permițând membrilor grupului să împărtășească o experiență simbolică. Alte mișcări sunt prea concrete pentru a fi însoțite de imagini sau au semnificație numai pentru anumite persoane. În acest caz importantă este lasarea în voia mișcării, mișcarea fiind valoroasă prin ea însăși pentru coeziunea grupului, pentru dezvoltarea empatiei.

Chodorow este de părere că cei ale căror mișcări sunt însoțite de obicei, de imagini, au făcut conexiuni intuitive între experiența mișcării și viețile lor (apud Kristina Stanton-Jones, 1994, pag. 30). Ea concluzionează că cele mai bogate experiențe de mișcare implică atât senzații cât și imagini. În dans-terapia jungliană, mișcarea nu este numai provocare și expresie ci și factor de integrare al polarităților și contrariilor provocate. O asemenea viziune asupra mișcării este unică în spațiul dans-terapiei. Mișcarea dă, adesea, la iveală teme arhetipale (paradisul, sfântul Graal). Atât Whitehouse cât și Chodorow, terapeuți de orientare jungliană, văd „mișcarea ca pe un instrument foarte puternic de acces la inconștient și de integrare a conținuturilor inconștiente în conștient.” (idem, pag. 31) Așadar, în viziunea jungliană mișcarea este ca și celelalte instrumente de provocare, factor de activare a contrariilor și, în același timp de conștientizare și integrare a lor.

Dans-terapeuții de orientare gestaltistă pun accentul pe folosirea mișcării în exerciții structurate, cu scopul integrării. Gilberman - Diehl și Komisaruk, care au combinat elemente de psihanaliză cu elemente de gestalt și NLP, au introdus conceptul de „metaforă corporală” (Body Metaphor), referindu-se la sentimentele pe care individul e incapabil să le exprime verbal. Aceste „metafore corporale” pot fi mișcări, posturi, inhibarea unor mișcări și sentimente. Terapia prin dans și prin mișcare de natură gestaltistă se centrează pe aceste metafore corporale, care sunt manifestări ale dimensiunilor inconștiente represionate.

## 2.4. Rezultatele unor experiențe românești. Terapia prin metaforă corporală

### 2.4.1. Studiul de caz - Durerea de stomac (terapeut Carmen Ponovescu)

Este cazul unei studente care, în cursul unei ședințe de terapie prin mișcare, acuză o senzație persistentă de tensiune și durere în zona stomacului.

Această durere, spune ea, o are de mulți ani și e aproape permanentă. Analizele făcute infirmă existența unor cauze organice.

**Pașii intervenției au fost următorii:**

**(1) Amplificarea senzațiilor neplăcute și identificarea cu organul dureros:**

**T:** Încearcă să-ți amplifici tremurul. Concentrează-te asupra stomacului și fă-l să tremure și mai tare. Tremură, tremură tare? Cum e când stomacul tremură așa tare?

**Maria:** Simt intestinalele.

**T:** Foarte bine. Fii intestinale... tremură... fii stomacul... lasă-te să tremuri...

Cum e „stomacule“, când tremuri așa? Ce ne poți spune? Ce se întâmplă cu tine?

**Maria:** Mă încolăcesc. Mă unduiesc.

**T:** Încolăcește-te. Unduiește-te. Tremură. Ce simți când te încolăcești și te unduiești?

**Maria:** Durere.

**(2) Trecerea de la nivelul organic (senzația de durere în abdomen) la nivel psihologic, mai întâi conștient (senzația de încorsetare), apoi inconștient (simbolul gelatinei):**

Durerea de stomac pare a fi consecința, în plan somatic, a unui conflict inconștient între o dorință puternică de autonomie și libertate și „ceva“, la fel de puternic, care se opune acestei libertăți. Acest „ceva“ rămâne, pentru moment, neconștientizat și apare la nivelul conștiinței într-o formă simbolică: paralizază orice inițiativă de mișcare.

**T:** Fă o mișcare, astfel încât stomacul și intestinalele să se simtă mai bine! Ce le-ar place lor să facă? Ce vor ele?

**Maria:** Simt nevoia să-mi desfac un nasture (nasturele de la pantaloni).

**T:** Da, descheie-ți nasturele. Ce mai vor ele?

**Maria:** Ar vrea să iasă din încorsetarea de acolo.

**T:** Vor să iasă. Sunt încorsetate. Ce le încorsetează?

**Maria:** E ca o crustă (...) ca o gelatină.

**T:** Atinge gelatina asta și spune-mi ce simți când o atingi (vizualizare în imaginar cu angajarea componentei tactil-kinestezice).

**Maria:** Se unduie și, în același timp, se unduie și intestinalele.

**T:** Cum e când gelatina se unduie în jurul tău?

**Maria:** Nu sunt liberă.

**T:** Nu ești liberă. Gelatina nu te lasă să fii liberă (...) Unde o simți? Ce e în fața ta?

**Maria:** Un perete de gelatină.

**T:** Dar în dreapta?

**Maria:** Și în dreapta.

**T:** Dar în stânga?

**Maria:** Și în stânga.

**T:** În spate?

**Maria:** În spate nu-mi dau seama, e ceva gol.

**T:** Mișcă-te către spate și spune-mi ce se întâmplă.

**Maria:** Se apropie.

**T:** Ce simți când se apropie?

**Maria:** Nu pot să mă mișc.

**(3) Acțiune prin non-acțiune: Crearea unei breșe în „gelatină“:**

„Lupta cu gelatina“ s-a dovedit foarte dificilă, pentru că orice mișcare atrăgea după sine o nouă împotmolire. Am recurs, prin urmare, la instrucțiunea inversă; i-am cerut Mariei să stea nemișcată, neclintită. Consecința a fost apariția unei „breșe în gelatină“, undeva în față, în partea de sus, prin care ea putea primi lumină și vedea cerul. Tentativa de a mări deschiderea n-a avut succes. Dar, cum ea își dorea mai multă lumină, a fost întrebată: „Poți să faci ceva ca să ai mai multă lumină?“ Răspunsul a fost: „Nu știu dacă-mi dă voie din spate“. A făcut totuși un pas înainte, apoi a afirmat descurajată: „Vine după mine“.

**(4) Operaționalizarea simbolului: transformarea „gelatinei“ în „scutece“:**

Cum gelatina părea invincibilă, ne-am orientat atenția către ceea ce se vedea prin breșă, în speranța că o salvare numai de acolo putea veni. Și chiar a venit, la început sub forma unei senzații de căldură.

**Maria:** Simt ceva plăcut în ochi. Simt că se încălzește.

**T:** Unde simți căldura?

**Maria:** Tot în ochi.

**T:** Las-o să circule prin ochi și să coboare în corp... În cap... În gât... În brațe... În torace... În abdomen... În picioare... Lasă căldura să

coboare și să-ți cuprindă tot corpul... să te învăluie... căldura îți învăluie tot corpul... Ce simți acum?

**Maria:** Sunt înfășată.

**T:** Ești înfășată. Cum e să fii înfășat?

**Maria:** E bine... dar nu prea. Aș vrea să mă mișc.

**T:** Ai vrea să te miști... Încearcă să scapi de scutece, desfă-le!

**(5) Lupta cu dependențele. Renunțarea la „scutece“:**

Există un element comun între gelatină și scutece. În ambele cazuri, Maria este lipsită de posibilitatea de a se mișca. Scutecele au totuși un avantaj: sunt detașabile. Prin transformare, simbolul a fost operaționalizat. Gelatina era mai greu de abordat. Scutecele, Maria și le scoate cu efort, dar și le scoate, unul câte unul. Primul este alb și-l aruncă lângă ea. Al doilea este roșu, îl sfășie și îl lasă să cadă. Al treilea este orange, îl rupe în două și-l dăruie cerului. Al patrulea e de culoare nedefinită, îl îngroapă în pământ, dar e nemulțumită, așa că îl dezgroapă și-l dă apei. Pe tot parcursul ședinței, Maria păstrează o atitudine ambivalentă: pe de o parte, plină de curaj, se implică real și sincer, pe de altă parte pasivă (exercițiul se desfășoară pantomimic și verbal simultan).

**(6) „Gelatina“ se personifică. Dialog față în față cu mama:**

**T:** Du-te și dă-i-l! (i-l dă) Cum te simți acum? (se uită în spate) Ce simți? (Exercițiul continuă prin tehnica jocului de rol, axat pe problema dependență maternă/autonomie).

**2.4.2. Metafora corporală. Situații și scenarii metaforice în formarea terapeuților (Experiența grupurilor experiențiale românești de orientare gestaltistă)**

*Iolanda Mitrofan și grupul SPER\**

Timp de 9 luni am desfășurat un program intensiv formativ, în practica psihoterapiei experiențiale de grup, împreună cu 25 de

traineri, psihologi și asistenți sociali, cu și fără master în psihoterapie. Ei au condus, în echipe formate din terapeut și coterapeut, supervizate săptămânal de coordonatorul programului - 26 de grupuri de optimizare comportamentală, formate din câte 10-12 studenți ai facultăților de psihologie, asistență socială, pedagogie, psihopedagogie și sociologie, din Universitatea București (peste 250 de persoane).

Având în vedere că beneficiarii programului nostru de asistență terapeutică și optimizare sunt tineri ce se pregătesc pentru profesii cu specializări în psihoterapie, consiliere, consultanță psihosocială, am plecat de la principiul că disponibilitățile psihorelaționale, maturitatea și echilibrul emoțional constituie condiții esențiale în exercitarea cu succes a acestor profesii, alături de formația teoretică și metodologică, pe care o asigură programa actuală de învățământ, în special pentru psihologi și asistenți sociali.

„Experimentează, aici și acum, autoexploarează-te, autocunoaște-te optimizează-ți comportamentul și activează-ți propriile resurse, fii conștient de tine; pentru a-i putea asista pe alții și problemele lor“ constituie crezul nostru metodologic, care postulează că, înainte de a te implica în profesia de psihoterapeut, trebuie să fi fost beneficiarul unui stagiului de psihoterapie sau de optimizare comportamentală și de igienă mentală. Evident, asistarea terapeuților în acțiune, prin metoda grupului interactiv experiențial și/sau a psihodramei Balint, constituie o necesitate cvasipermanentă, cel puțin în primii ani de exercitare a profesiei.

Scopul general al experimentului a fost optimizarea disponibilităților relaționale de comunicare, empatie și dezvoltarea capacității de autocunoaștere, prin autoexplorare și experimentare, iar efectul scontat a vizat o creștere obiectivabilă a maturității emoționale, a capacității de autocontrol, o îmbunătățire a imaginii de sine, a autoacceptării, o scădere a anxietății și a altor tendințe nevrotice.

\* Grupul SPER include 25 de tineri terapeuți, membri ai Societății de Psihoterapie Experiențială Române, ale căror nume le menționăm aici: Roxana Anghel, Victor Badea, Adriana Bădoiu, Monica Calenic, Daniela Constantinescu, Diana Chiriacescu, Angela Ionescu, Raluca Iosif, Andreea Ion, Bogdan Cezar Ion, Cristian Lazăr, Oana Lefter Scoda, Gabriela Leu, Adrian Luca, Anca Nicolae, Adrian Nuță, Andreea Petrescu, Ovidiu Alexandru Pop, Carmen Ponovescu, (Beyer) Denisa Stoica, Sandu Ioana, Laura Surdu, Diana Vasile, Elena Vladislav, Silviu Vladislav.

Considerând ca absolut necesare pentru exercitarea profesiunilor cu impact socio-uman, în special a acelor de consilier și psihoterapeut, disponibilități de personalitate cum ar fi **creativitatea interpersonală și flexibilitatea, echilibrul, maturitatea și rezonanța afectivă sanogenă, spontaneitatea, empatia și umorul, expresivitatea și capacitatea de autoanaliză, nivelul de congruență psihologică, am abordat o strategie experiențială, orientată dominant gestaltist, multinivelară:**

1. Asistarea și formarea terapeuților prin metode interactive de conștientizare și restructurare, precum și prin tehnici psihodramatice axate pe situații și scenarii metaforice, comunicare nonverbală și tehnici expresive corporale și cu suport artterapeutic; acest prim nivel de lucru a fost asigurat de coordonatorul programului - (supervizor) și s-a sprijinit substanțial în antrenamentul formativ pe înregistrările audio-video ale tuturor ședințelor psihoterapeutice desfășurate de trainerii-cursanți cu propriile lor grupuri, ca și pe înregistrările unora dintre ședințele de supervizare și antrenament formativ.

2. Aplicarea de către echipele de terapeuți în formare a programelor experiențiale exersate și îmbogățirea lor într-o manieră creativă, în conformitate cu stilul de lucru al fiecărei echipe și cu receptivitatea participanților la grupuri: fiecare grup a parcurs 12 întâlniri experiențiale, săptămânal, timp de 90 de minute, pe parcursul a trei luni. Dintre cele 26 de grupuri, 2 au fost în stagiul 2 (6 luni), ca grupuri de viitori practicieni, selectate în funcție de aptitudinile și disponibilitățile de personalitate, prin teste și prin înregistrările video.

3. Evaluarea dinamicii de grup și a modificărilor psihologice individuale (câștigurile terapeutice) prin metode obiective (inventarul de personalitate CPI, chestionarul de empatie emoțională A. Mehrabian și N. Epstein, scalele de assertivitate, optimism, impulsivitate și încredere în sine ale lui Vernon Coleman), tehnici audiovizuale, metode de autoevaluare comportamentală și înregistrarea opiniilor participanților beneficiari.

Strategia de lucru experiențial a respectat principiile exprimării libere și autentice, experimentării „aici și acum” cu sine și cu grupul,

autoexplorării și interexplorării cu ajutorul **exercițiilor-suport sau provocative**, în special a celor bazate pe metafora corporală - grupul statuar sau sculptura de grup, exercițiile de comunicare nonverbală prin diverse modalități senzoriale, situațiile și scenariile metaforice provocative de insight. Am utilizat, de asemenea jocul de rol în toate variantele sale, **tehnicile de restructurare de tip gestaltist** - tehnica scaunului gol, lucrul cu părțile eului (polaritățile) și am introdus tehnici artterapeutice: desen în grup și modelaj în lut, improvizația muzicală și comunicare prin ritmuri, dans-terapie și construcția grupului din obiecte aflate la îndemână. Toate aceste tehnici au fost folosite ca suport pentru conștientizare de sine, creșterea autoafirmării și cooperării, stimularea expresivității și creativității, restructurarea imaginii de sine și a relațiilor intragrupate, creșterea empatiei.

Prin caracteristicile sale, grupul experiențial corespunde în cea mai mare măsură nevoilor membrilor de a se autocunoaște și autoafirma, de a se perfecționa sub aspect relațional, prin experimentarea de modalități de interacțiune inedite, sincere, deschise, autentice.

**Tehnicile provocative de tip metaforic, verbal și corporal** sunt prin procesele de activare, proiecție și restructurare, atât la nivel simbolic, cât și acțional - o cale excelentă de dinamizare și dezvoltare a resurselor individuale și de grup. Participanții la grupuri au devenit progresiv conștienți că participă la o **experiență de „creștere împreună”, cu scop formativ, atât pentru ei, cât și pentru terapeuții care au condus efectiv grupurile de optimizare.** Aceasta a avut un cert efect facilitator al relației formator-moderator de grup-practicant, într-un parteneriat egalitar la procesul terapeutic, specific modelului experiențial.

Pe de altă parte, am avut în vedere că grupul în sine este un factor terapeutic și optimizator. Elementele terapeutice pe care chiar dinamica interacțională le-au declanșat sunt:

- comunicarea efectivă și autodezvăluirea creată în grup, fiecare conștientizând că nu este singurul care are o anumită problemă;
- reducerea rezistențelor și defenselor, prin chiar focalizarea demersurilor terapeutice asupra acestora și asimilarea și resemnificarea

experiențelor traumatizate ca o modalitate de extindere a experienței de sine, de autoacceptare și de autorezolvare;

- dobândirea unei experiențe de a lucra cu sine, prin sine, asupra sieși, cu și prin intermediul grupului, ceea ce crește implicarea și conferă afirmarea și recunoașterea libertății personale și a responsabilității;

- disponibilitatea de a primi și oferi ajutor și creșterea autostimei prin capacitatea de a-i ajuta pe alții;

- efectul securizant al grupului și posibilitatea abandonării distorsiunilor cognitive prin feedback-ul grupului cu valențe corective;

- posibilitatea de a adopta și experimenta noi atitudini, conduite și comportamente, fără teama de risc; confirmarea și stimularea în grup a asertivității, a importanței personale pentru ceilalți, a recunoașterii capacităților personale și a resurselor de care dispune fiecare.

Am putea spune că, în final toți participanții la experiment și-au conștientizat și dezvoltat capacitățile de a se autoexplora și de a-i cunoaște pe alții, de a se reevalua și debloca și de a oferi suport comprehensiv, empatic și stimulat în relațiile interpersonale.

Una dintre tehnicile de bază a fost cea a metaforei corporale - sculptura corporală simbolică în grup și autoexplorarea prin metaforă, în cadrul unor serii de situații și scenarii experiențiale concepute de noi și uneori chiar de subiecți, ce au constituit calea de acces la autoanaliză și autoconștientizare, precum și un suport imaginativ, perceptual și acțional în baza căruia s-au putut produce restructurări benefice și uneori surprinzătoare ale mentalului. Efectele acestor exerciții de restructurare psihologică s-au obiectivat în corecții ale imaginii de sine din perspectiva descoperirii resurselor și posibilităților rezolutive, în modificarea self-gestaltului, în spontaneizarea comunicării verbale și nonverbale, în creșterea expresivității personale și a siguranței de sine, în modificarea atitudinilor față de ceilalți în sensul unei receptivități comprehensive și a unui suport empatic.

Evaluările repetate și înregistrările video comparative între începutul și finele programului, relațiile multora dintre subiecții care au resimțit efectele pozitive ale experimentării

situațiilor și scenariilor metaforice prin rezolvări creative, spontane ale unora dintre problemele sau apăsările lor sufletești, ale confuziilor, anxietăților sau deficitelor de contact interpersonal, aduc argumente certe în favoarea posibilităților semnificative ale lucrului cu metafora. Avantajul utilizării acestor tehnici constă în caracterul lor indirect, subtil provocativ, bazat pe mecanismul analogiei și proiecției, ceea ce permite sub forma mascată a jocului experiențial, dezvoltarea și conștientizarea unor probleme ale subiecților, atât individual, cât și în grup. Insight-urile realizate pe această cale au stimulat procesele de autodezvoltare și analiză transformativă, structurând jocul de rol și transpunându-l într-o zonă a imaginarului complet lipsită de risc, dar în același timp predispusă la reproiectare de sine constructivă.

Lucrul cu metafora este nu numai deblocant și activator în procesul analitic și autotransformativ, ci și un excelent „diluante al rezistențelor” și un catalizator al autonomiei experimentale a subiectului, o cale de a-l face să se simtă nu doar în siguranță - autoexplorându-se și autoconștientizându-se, ci și responsabil de deciziile sale și autor al propriilor sale strategii de rezolvare a problemelor autoasumate. Astfel, se produce treptat efectul de „creștere sau maturizare psihologică”, evitându-se orice dependență terapeutică, întrucât pe parcursul procesului terapeutic subiecții învață să devină ei-înșiși, să creadă în resursele lor personale și să le experimenteze în realitatea lor existențială, să le modifice în funcție de propriile lor opțiuni acceptate și verificate, în consecință, să se autovalorizeze și să acționeze liber, matur, adaptativ.

**Metafora este doar creuzetul terapeutic în care se alchimizează treptat și în deplină conștientizare de sine stările, atitudinile, cognițiile și comportamentele personale, concepându-se proiectul devenirii de sine, permițând subiectului să se experimenteze pe sine, în calitate de autor și personaj al propriilor sale scenarii, de regizor și actor, de martor și de evaluator și evident, de sfătuitorul cel mai avizat al propriei ființe.** Toate aceste ipostaze alternative sunt experimentate prin tehnici ca cea a meta-pozițiilor, prin tehnica scaunului gol sau prin



negocieri ale părților Eu-lui, integrate procesului analitic de conștientizare și restructurare mentală. Se pregătește astfel și se experimentează terapeutic terenul comportamentului creativ, ajustat realității și resurselor personale, disponibilizând persoana pentru creștere și optimizare, pentru autoreglare.

Tehnicile și metodele noastre de lucru nu își propun să ofere și să impună corecții, modele și „hrană” emoțională sau informațională, ci creează chiar **mecanismele psihologice prin care persoana poate obține pe cont propriu toate aceste achiziții, satisfăcându-și nevoile de creștere** nu doar în cadrul limitat al terapiei, ci mai ales ulterior, în conformitate cu viața, cu cotidianul. Parafrazănd un vechi proverb chinez, noi nu oferim soluții, ci inițiem subiectul în modalitatea de a-și descoperi, crea și evalua propriile soluții, „nu-i oferim peștii, ci îl ajutăm să devină pescar”. Dar, ca orice pescar, el poate pescui mai mult sau mai puțin, în funcție de timp, de loc, de pricepere și răbdare...

Vom prezenta în continuare câteva dintre situațiile și scenariile metaforice elaborate de noi și experimentate în grupurile terapeutice, cu mențiunea că ele fac parte dintr-o succesiune de exerciții structurate sub numele „**Să experimentăm lumea**”, care cuprind jocuri simbolice interactive de grup, plecând de la elementele fundamentale:

- **aer** (vibrație, sunet, ritm, mișcare - antrenând exerciții adecvate cu suport sonor-kinestezic-postural în grup);

- **foc** (construcția în comun a unui mic sistem solar - autoasumarea de roluri ale elementelor constitutive: soare sau sori, planete, comete, sateliți, pulbere stelară, gaură neagră, spațiu intergalactic etc - **exercițiu de tip sculptură corporală cinetică de grup**, cu dezvoltarea relațiilor intragrupale, a pozițiilor și sensurilor personale în sistem);

- **apa** (exerciții de reprezentare cu suport kinestezic-auditiv-respirator în grup, cu variante provocative afective:

• **oceanul** - exercițiu de tip sculptură cinică de grup cu sonorizare, cu experimentarea stărilor polare - furtuna și calmul; trezirea-răsăritul soarelui și acalmia - asfințitul, viul - forfota vîetăților și neviul - distrugerea vîetăților prin poluare;

• **fluviul** - exercițiu de reprezentare postural-kinestezic-auditiv-vizuală, cu variante provocative pentru experimentarea stărilor afective individuale și colective de tip-limită: seceta, inundația, barajul (schimbarea cursului fluviului sau blocajul în dezvoltare), poluarea fluviului. Experimentarea stărilor dezvoltate de aceste metafore corporal-afective de grup se însoțește de insight-uri relevante pentru reacția la constricție, agresare, mânie și frustrație, sensul libertății individuale și al unității colective, reacția la impunere, maltratare, artificialitate, apărare și agresivitate (v. inundația versus retragerea, evaporare-seceta); rezistența la agresivitate prin subminare (apa care erodează, distruge barajul pe dedesubt), sensul generator și puterea de a persevera; problema libertății de mișcare, încrederea și neîncrederea în sine; resursele de autovindecare versus resursele de autoîmbolnăvire; cum facem față în starea de îmbolnăvire, starea de insecuritate, neputința, depresia și autodistrugerea; poluarea și pierderea sentimentului viului versus autoregenerarea, vindecarea, curățirea, purificarea etc.

• **lacul** - exercițiu de reprezentare postural-statică în grup, cu suport respirator și așonor, constituie un scenariu metaforic pentru lucrul cu elementul apă, în varianta stagnare, siguranță, calm, liniște, protecție, identificare. Stările evocate prin experiment sunt în corelație cu nașterea, relația cu mama, identitatea feminină și proiecția eu-lui feminin, imaginea de sine, autoacceptarea, autoconfirmarea, dedublarea și transfigurarea, atât în formă pozitivă, cât și negativă - distorsionarea, schimonosirea, mistificarea.

- **pământul sau relieful** constituie următorul element cu valoare simbolică în jocul experiențial în grup. În legătură cu acest element noi am conceput o serie de 3 exerciții corporal-postural-afective de conștientizare a sinelui și relațiilor sale cu lumea, cu identitatea masculină și feminină, cu obiectele parentale și cu strategiile de integrare în mediu și în relațiile interumane. Acestea se succed într-o ordine naturală și totodată logică, în direcția corespundentă cu devenirea ființei în ecosistem.

Experimentarea spațiului, într-o manieră ordonatoare, constructivă și diferențiată se

sprijină pe reprezentarea postural-senzorială, afectivă și relațională în grup a 5 elemente-simbol:

• **muntele** („construiți împreună din trupurile voastre un munte stâncos”) - experiență ce prilejuiește ulterior insight-uri relevante pentru relația cu masculinul, autoritatea, principiul ordonator, protecția, dar și criticismul, dominarea, intoleranța, rigiditatea etc.

• **peștera** - suport simbolic pentru principiul matriceal nefertilizat și raportul cu femininul, atracție/respingere, necunoscut/cunoscut, protecție, adăpost/insecuritate, abandon, izolare/sociabilitate, retragere/implicare.

Exercițiul este relevant pentru reacția la ambivalență, pentru dificultățile de adoptare a identității feminine, dar este interesant și pentru conștientizarea de către subiecți a capacității și a limitelor în a oferi și a primi protecție, de a atrage și a respinge, seducție versus blocare, răceală (inspiră teamă).

• **dealul** - suport simbolic pentru principiul fertilizant masculin, paternitate, relevant pentru insight-uri privind relația cu tatăl adecvat, securizant, blând, protectiv, accesibil, suportiv, cald, primitiv, constructiv, armonios, vitalizant versus tatăl inadecvat (aspru, rece, arid, nepriimitiv, alunecos sau uscat, steril, nesigur, imprevizibil, greu de abordat, abrupt, dizarmonic, devitalizant, pârjolit, mortificat).

• **câmpia** - principiu feminin fertilizant, matern - matrice germinativă; simbolic corespunde uterului și activează trăiri și experiențe în legătură cu raporturile cu maternitatea, acceptate, respinse sau ambivalente. Exercițiul permite conștientizări privind: căldură emoțională, suport, empatie, generozitate, altruism, maleabilitate, cooperare, blândețe, receptivitate, creativitate, tenacitate, perseverență, toleranță, răbdare, stabilitate, siguranță, atracție versus sterilitate, răceală, lipsă de suport, lipsă de rezonanță afectivă, egoism, egocentrism, rigiditate, uscăciune, instabilitate, încăpățănare, neperseverență, impulsivitate, intoleranță, respingere.

Seria acestor exerciții de bază se continuă cu multe alte scenarii metaforice, cum ar fi „construcția” unui „peisaj” de către grup, extrem de relevant atât pentru relațiile dintre diversele roluri asumate în peisaj, cât și pentru jocurile de rol pe care le antrenează terapeutul între membrii

grupului. Experimentarea unor roluri alese liber de subiecți, aparținând unor elemente din regnul mineral, vegetal (sămânța, planta sau copacul preferat), animal sau chiar din mediul construit, social (strada, casa, interiorul unei case, orașul sau comunitatea), apoi experimentarea unor persoane alese și stări psihologice - teama, supărarea, mânia, agresivitatea, autorejecția, sentimentul vinovăției, jena, rușinea, teama de obstacol, blocajul, neîncrederea în sine, și chiar a unor simptome nevrotice - fobii, anxietate, dubitația, obsesia, tendința la izolare, senzitivismul și suspiciunea, imaginea de sine negativă, fobia socială etc. constituie tot atâtea posibilități de localizare a demersului terapeutic gestaltist și transformativ. O serie de alte situații metaforice provocative, cum ar fi perceperea spațiului interior și derularea unei călătorii imaginare, „aici și acum”, experimentarea modului în care te confrunți cu obstacolul sau cu blocajele interioare - prin exercițiul „zidul”, ori cum faci față dificultăților de a intra în contact cu alții, problemei autoizolării sau excluderii sociale - prin exercițiul „cubul”, sau cum îți poți activa resursele și reevalua constructiv - prin exercițiul „darurile”, constituie modalități frecvent utilizate de noi, având totodată și avantajul de a suscita spontan optimizări tehnice profitabile terapeutic, din partea subiecților participanți. Desigur, tehnicile trebuie aplicate în întâmpinarea nevoilor subiecților și ale grupului ca întreg experiențial. Toți experimentează cu sine și împreună, ceea ce facilitează procesele de conștientizare și de stimulare creativă, coeziunea de grup, dezvoltând o experiență de cunoaștere sporită, o activare a resurselor fiecăruia și o integrare armonică în dinamica de grup. Fiecare devine important pentru toți, și prin aceasta își reconstruiește, extinde și integrează imaginea de sine, comportamentul și relațiile cu ceilalți. Reevaluându-se mai realist și mai responsabil, membrii grupurilor participă la o experiență comună de transfigurare, de maturizare afectivă, cognitivă și comportamentală simultan.

Vizionarea casetelor video în dinamica evoluției grupurilor poate fi mai relevantă decât argumentarea observațiilor noastre experimentale, chiar și decât rezultatele semnificative la testele psihologice aplicate. Ea constituie și pentru participanții la grupuri o modalitate suplimentară

de conștientizare de sine, de lucru cu sine și de automodificare, dincolo de sentimentul plăcut, mărturisit, al parcurgerii unei experiențe benefice, cu valențe transformatoare.

### 2.5. Metoda improvizației colective — sunetul ca instrument de provocare

Acceptarea muzicii disonante în lumea muzicală modernă a dus la conturarea unei noi tehnici terapeutice în care se pune accentul pe improvizație. Juliette Alvin a introdus „metoda improvizației colective”.

Metoda improvizației colective numită și „muzica de moment” nu necesită un talent muzical special. Ceea ce dă, în primul rând, la iveală această metodă este spontaneitatea. Julienne Brown scria în British Journal of Music Therapy: „Improvizația de acest gen este mai mult decât o experiență muzicală. Ea ne pune în legătură cu fenomenologia noastră interioară. Această autorevelare este uneori înfricoșătoare dar uneori este extraordinar de frumoasă.” (apud Feder, pag. 130)

#### • Un experiment de comunicare prin sunete (D. Stoica)

Am folosit această metodă într-o ședință cu grupul A și într-o ședință cu grupul C. Experimentele cu cele 2 grupuri au fost diferite sub raportul participării membrilor grupului la improvizație.

În primul experiment li s-a cerut tuturor membrilor grupului să participe la improvizație. Improvizația a pornit de la un membru al grupului. În continuare i s-au alăturat pe rând toți membrii grupului. Rezultatul a fost o melodie asemănătoare muzicii din Oas. Trebuie menționat că neavând instrumente muzicale, am folosit niște improvizații. „Instrumentul” poate fi orice lucru în care se poate „bate”. Astfel, am folosit sticle de plastic, caiete, scaune, chei, etc.

După experiența sonoră a urmat o discuție în care fiecare a vorbit despre cum a trăit această experiență. Majoritatea membrilor s-au simțit integrați în grupul muzical și au afirmat că au participat cu plăcere la această experiență. Au existat și doi membri care nu s-au integrat armonios în grupul muzical. V spune: „Nu m-am simțit bine. Nu m-am simțit în armonie cu ceilalți”.

Pornind de la această trăire ne-am deplasat către problema lui. „Eu mă integrez foarte greu într-un grup, mai ales într-un grup necunoscut. De fapt, nici nu țin așa de mult să mă integrez... De fapt nu caut grupurile; mă simt bine și fără grup”. V a avut ocazia să se confrunte cu oscilația ei între a fi singură și a fi cu ceilalți. Un alt membru al grupului, care nu a trăit pozitiv această experiență, a fost M. Ea a afirmat că s-a simțit indiferența față de experiment și la un moment dat a etichetat experiența ca fiind ridicolă. Spre sfârșitul ședinței M s-a confruntat cu una din problemele ei: toleranța scăzută la joc, la irelevant, ca blocaj al creativității. Ea și-a motivat această toleranță scăzută la joc: „De fapt eu nu m-am jucat nici când eram mică pentru că am stat numai în spitale. Mi se pare ridicol tot ceea ce facem aici”. Au intervenit membrii grupului care i-au spus cât e de plăcut să te joci. M nu a răspuns la intervențiile grupului. Această ședință a fost ultima la care a participat M. Și în ședințele anterioare a predominat comportamentul ei de rezistență.

În experimentul cu grupul C improvizația muzicală a pornit de la comunicarea, prin sunete, între doi membri ai grupului. Nu era obligatoriu să li se alăture toți membrii grupului. Rezultatul experimentului nu a fost o melodie ca în cazul experimentului cu grupul A. Rezultatul a fost un foarte mare zgomot. Experimentul a început cu comunicarea între V și S. **Comunicarea s-a făcut prin ritmuri cu ajutorul unor sticle de plastic, cutii și chei.** Lor li s-a alăturat D care a încercat să comunice cu amândouă. Pe urmă au intervenit G, A și Si.

După trăirea experienței a urmat o analiză la care au participat protagoniștii și observatorii. Mai întâi, ne-au comunicat cum au trăit experiența, observatorii.

«Si: „Mie mi s-a părut că între S și V este o dispută. S i-a spus lui V «Mai lasă-mă în pace». Pe urmă a bătut în retragere, după care s-a egalizat forța. D a intervenit pentru a aplană conflictul.”

A: „Nu mi s-a părut o comunicare constructivă. Tu ai intervenit ( către D) și ele s-au mobilizat. G mi s-a părut foarte zgomotoasă.”

G: „Așa am și vrut să fiu.”

P: Mie nu mi se pare că S și V și-au comunicat ceva. Mă așteptam să fie ceva ca o orchestră.

Eu nu am mai intervenit pentru că nu aveam de ce să intervin. Dacă era o melodie aș fi intervenit”.

S: „Fiecare voia să se impună și nu asculta la ceilalți.”

R: „P, ai simțit nevoia să intri?”

P: „În haos, nu. Nu era nevoie de mine. Era un fel de comunicare a surzilor. Fiecare era preocupat să se audă pe el”.

Si: „Da. Fiecare s-a concentrat pe mesajul lui. Nu cred că a fost o comunicare.”

V: „Noi, în general, mai degrabă suntem obișnuiți să vorbim decât să ascultăm.”

S și V vorbesc despre experiența lor, ca inițitoare ale improvizației.

S: „Am venit să... Ceea ce am comunicat eu... Am venit să transmit un mesaj, dar aflându-mă în fața unei ostilități am intensificat și eu. Am început cu un salut. Pe urmă a intervenit, a creat punți de comunicare după care a urmat un talmeș-balmeș. Fiecare pe limba lui”.

V: „S nu mi s-a părut violentă.”

G: „Mie mi s-a părut dialogul vrăbiilor. La un moment dat mă gândeam de ce nu „o dau” pe instrumentul celui alt.”

R: „Simțeau nevoia să-și schimbe instrumentele?”

G: „Da”.

V: „Eu o țineam pe a mea. Nu comunicam cu S. Atunci a intervenit D ca și cum ar fi spus: „Nu are rost să vă luați la bătaie”. Când au intrat ceilalți a fost ca un joc. Am simțit buna dispoziție.”

A: „Conversația lor mi s-a părut anostă și mă întrebam cum de nu se plictisesc. Eu de asta am intervenit. M-am gândit să aduc puțină melodie. Am vrut să schimb nota.”

T: „Eu am încercat să bat la chestia aia dar nu m-ai lasat.”

Ad: „Ba te-am lasat până la urmă. Am simțit că mă înțelege cineva. În rest, nu prea am putut intra în relație.”

T: „Cu cine voiai să intri în relație?”

Ad: „Cu S și cu D.”

Ar: „Eu nu m-am oferit, nu am intrat în joc, pentru că am simțit prea multă agresivitate. Eu am repulsie de agresivitate. „Comunicarea” a debutat violent, s-a mai aplanat când a intrat D, după care violența a apărut din nou.”

În acest mod a trăit, fiecare dintre membrii

grupului, **experiența improvizației colective.**

Dacă în experimentul cu grupul A, analiza s-a centrat pe problemele a doi membri ai grupului, V și M, în experimentul cu grupul C analiza a fost centrată pe relațiile între membrii grupului.

Una dintre cauzele acestor diferențe este legată de coeziunea de grup. Faptul că în experimentul cu grupul A s-a obținut o melodie nu înseamnă că era mai crescută coeziunea în grupul A față de grupul C, la momentul aplicării metodei improvizației. Membrii grupului A, au intervenit, în grupul muzical, formal, respectuos, din datorie. Această atitudine este specifică grupului care are printre trăsăturile lui definitorii și pe aceea de a „mușamaliza” conflictele.

Din contră, în grupul C, membrii grupului sunt gata de autodezvăluire. Ei sunt preocupați de relațiile dintre ei iar conflictele sunt manifeste. Membrii acestui grup sunt dornici să intre în relație. „Fiecare voia să se impună...”

De fapt, fiecare voia să se facă cunoscut, fiecare voia să arate că există. **De aici începe cooperarea. Iată cum se pot reflecta relațiile formale și relațiile autentice într-un astfel de experiment.**

Așadar, metoda improvizației colective a funcționat ca provocare, putându-se face deplasarea către problemele reale (problema de integrare a lui V și problema legată de intoleranța față de joc a lui M). În același timp, reflectând relațiile între membrii grupului la acel moment, a funcționat ca pretext pentru analiza acestora.

### 2.6. Metafora și fantezia de grup, ca scenariu transformativ colectiv

Am descris metafora și fantezia ca instrumente de provocare în terapia experiențială de grup. Prezentăm o secvență semnificativă de scenariu metaforic transformativ din experiența practică de D. Stoica și R. Anghel sub coordonarea I. Mitrofan.

#### „Haos și Big-Bang”

Li s-a cerut membrilor grupului să încerce experiența haosului, spunându-li-se că în momentul în care vor auzi Big-Bang se vor naște. „Sunteți în haos. Încercați să simțiți haosul.”

La majoritatea membrilor grupului haosul a fost o „plimbare oarbă”, fără direcție. Este foarte interesant că acești membri ai grupului **au experimentat haosul împreună, haosul fiecăruia dintre ei, implicând haosul celuilalt.** R s-a oprit la un moment dat pe scaun. P nu a participat la „haosul colectiv” rămânând pe vine, într-un colț. În momentul în care au auzit Big-Bang, membrii grupului aflați în mișcare, au rămas pe loc. Fiecare a fost întrebat **cum s-a născut și ce s-a născut.**

G s-a născut copac tropical, R s-a născut stea, Si s-a născut cer, C s-a născut zăpadă, A s-a născut romaniță, P s-a născut stâncă pe fundul mării, V s-a născut primul om iar S s-a născut pârau rece de munte. În urma trăirii experienței haosului și a nașterii a urmat o discuție centrată pe felul cum a simțit fiecare această experiență.

«G: Mie mi s-a părut că a fost un haos inautentic.

T: Ce ar fi însemnat pentru tine un haos autentic?

G: Un haos autentic înseamnă ciocnire, mișcare browniană.

T: A mai simțit cineva ceea ce a simțit G?

R: Da. Eu. Nu știu dacă ați observat că la un moment dat m-am oprit. N-am reușit să mă simt în haos autentic. Eu asociez haosul cu liniștea, cu odihna.

Si: Eu am reușit să trăiesc acest haos. Haosul meu a fost ceva cu fășii de albastru.

T: Doriți să reluăm experiența haosului pentru a da ocazia și celor care nu au trăit un haos autentic să-l trăiască?

Si: Nu, pentru că nu va mai fi ceva spontan. Și ceilalți membri ai grupului au fost de acord cu faptul că reluarea experienței haosului nu va mai fi ceva spontan, ceea ce înseamnă că, anterior, trăirea experienței haosului a fost caracterizată prin spontaneitate. În partea a doua a ședinței am încercat să centrăm discuția pe experiența nașterii și pe semnificația metaforei fiecărui membru al grupului.

#### Fragment de ședință

«P: Eu m-am născut o stâncă.

T: Unde?

P: Pe fundul apei. În mare.

T: Cum te simți acolo?

P: Apa e caldă. Îmi oferă protecție.

T: Te simți bine acolo?

P: Da.

T: Ce mai vezi acolo?

P: Pești.

T: Ce-ți vine să faci acum?

P: Nimic. Mă simt bine pe fundul mării, ca stâncă.

T: Foarte bine. Să zicem că apa mării s-a evaporat.

P: Da.

T: Ești descoperită. Cum te simți?

P: O să-mi fie greu, dar încerc să mă adaptez.

T: La ce încerci să te adaptezi?

P: La căldură, la nisip.

T: Nu ai nevoie de nimic?

P: Deocamdată nu. Aștept să plouă.

T: Aștepti să plouă. Plouă. Plouă. S-a născut un pârau lângă tine. Pârăule (către S) vino lângă stâncă (S vine langa P).

T: Cum te simți acum?

P: Nu mă acoperă de tot. Îmi rămâne o parte descoperită.

T: Îți rămâne o parte descoperită. Cum te simți descoperită?

P: Mă simt bine. Fac parte din peisaj. Lumea trece, **mă privește.**

T: Înseamnă că ești o piatră deosebită. Cum arăți tu ca piatră? Ce culoare ai?

P: Păi, îmi schimb culoarea în funcție de omul care e lângă mine.

T: Eu sunt lângă tine acum. Ce culoare ai?

P: Albastră.

T: Albastră. Ce înseamnă când ești albastru?

P: Nu înseamnă nimic. Așa sunt eu acum, albastru.

T: Bine. V vine lângă tine. Ce culoare ai acum?

P: Gri.

T: Ce înseamnă pentru tine gri?

P: Nu înseamnă nimic. Sunt pur și simplu gri.

T: Da. Ce ți-ai dori acum?

P: Un copac în fața mea.

T: Copacul. Era și un copac aici (adresându-se unui membru al grupului). Treci, te rog, în fața stâncii. Cum te simți P, cu copacul în față?

P: Am și eu la ce să mă uit.

T: Ai și tu la ce să te uiți. Dar față de pârau cum te simți?

P: Știu că mă poate eroda. Dar îmi dă și răcoare.

T: Pârăule, ce ai de spus?

S: Deocamdată o ocolesc. Dar e bine că e cu mine.

V: Eu am nevoie de stâncă. Vreau să stau la soare și să mă odihnesc. Îl aștept pe Adam de la vânătoare.

(V se suie pe un scaun și se sprijină pe umerii lui P)

T: P, cum te simți cu Eva sprijinindu-se de tine?

P: Preferam să treacă mai întâi Adam pe la mine. Nu o simt. Mi-e indiferentă.

T: Eva, cum te simți pe piatră?

V: Mă simt bine. Stau la soare și mă odihnesc.

(Apare și Adam de la vânătoare. Se așază în apă, lângă piatră.)

T: P, cum te simți cu Adam lângă tine?

P: Mi-e indiferent.

T: Da. Adam are nevoie de niște unelte. **Va avea nevoie de o bucată de piatră.**

(Adam începe să cioplească piatra. Piatra începe să se dezzechilibreze.)

T: Ce simți acum? Cum te simți cioplită?

P: Simt ca și cum m-ar gădila cineva.

Un moment semnificativ al acestui dialog s-a întâmplat atunci când **piatra se transformă în vulcan și erupe.** Pârăul e murdărit, e otrăvit, însă, vulcanul nu observă.

«T: P, ai murdărit pârăul!

P: Nu am observat, nu e vina mea. Eu doar am izbucnit.

T: Pârăule, cum te simți murdărit cu lavă?

S: Sunt, deja, limpede. Lava am cărat-o în altă parte.»

În continuarea dialogului cu P, la sugestia terapeutului, P face o călătorie în interiorul stâncii. În ciuda rezistenței pe care P a opus-o, s-a conturat semnificația pietrei ca loc de odihnă pentru ea (metaforic, exprimă; coborârea în sine și relația cu sine).

«P: Când vreau să mă odihnesc revin în interiorul pietrei.

T: Cum e piatra în interior?

P: E piatră.

T: Și tu unde te situezi în această piatră?

P: Există un spațiu care are forma mea. Eu pot ieși oricând din piatră.

T: Ieși.

P: Am ieșit. Zbor.

T: Se vede piatra de sus?

P: Da. E mică. Strălucește.»

Dialogul cu P reflectă clar rezistența pe care ea a opus-o, însă, în ciuda acestei experiențe, cu ajutorul metaforei, au ieșit la iveală unele **probleme și conflicte nerezolvate.** P este stâncă de care nu are nevoie nimeni. Contactul ei cu exteriorul este mediat de mama sa, de a cărei protecție are o mare nevoie și pe care aceasta i-o oferă. Ea preferă singurătatea și protecția maternă, contactului deschis cu exteriorul.

Este pusă însă în situația de a fi descoperită ea încearcă să simuleze adaptarea. „Mă simt bine. Fac parte din peisaj. Lumea trece, mă privește”. De fapt, ea nici acum nu e descoperită pentru că face parte din peisaj. E protejată de faptul că face parte din peisaj. Tot nevoia de apărare și de protecție o determină la **cameleonism.** Ea își schimbă culoarea în funcție de omul care se așază lângă ea. Ea nu e dispusă la relații autentice cu ceilalți pentru că acestea implică autodezvăluire. „Cum arăți tu ca piatră? Ce culoare ai?”, „Păi îmi schimb culoarea în funcție de omul care este lângă mine”. Ea nu simulează numai adaptarea, ea **simulează** și indiferența în raport cu ceilalți. **Teama de rejecție** o împiedică să caute interacțiunea cu ceilalți. Atunci când este forțată de împrejurări la interacțiune ea afișează indiferența față de cei cu care interacționează. **Ea nu observă dacă îi rănește sau nu pe cei din jur, cu atitudinea ei** („Ai murdărit pârăul.” „Nu e vina mea. Nu am observat. Eu doar am izbucnit.”)

P. este un caz tipic de persoană care **evită relațiile** ce implică afecțiune și autodezvăluire cu toate că, în mod inconștient și-ar dori o astfel de relație. Teama acestui tip de persoană este ca o relație apropiată cu celălalt, îi va descoperi acestuia din urma că nu e demnă de iubire. „Este o persoană care nu poate fi iubită”. Teama de rejecție determină acest tip de persoană să-i țină la distanță pe ceilalți și să-i evite.

Nu este sigur dacă P și-a conștientizat problema de relaționare, important este că metafora a dat la iveală elemente legate de această problemă.



Consider un element pozitiv faptul că P este dispusă să mai părăsească din când în când piatra (semnificând starea ei de ascundere).

„Eu pot ieși oricând din piatră.”

La experiența lui P a participat întreg grupul. Astfel că fiecare a avut șansa să se confrunte cu probleme sau conflicte. Experimentul nu a fost provocativ numai pentru P. Ne-am concentrat pe dialogul cu P pentru că ea a fost protagonistul principal. Am descris și experiența haosului pentru a pune în evidența fenomenologia experimentului.

O experiență a haosului relevantă, pentru modul în care, se capătă acces la fenomenologia interioară a individului, a fost trăită de un subiect al grupului B. Această experiență este descrisă mai sus, în capitolul: „Experimentul ca întâmplare creativă.”

În acea ședință cu grupul B pornisem de la stimularea gândirii analogice. „Dacă aș fi o muzică...” A a opus o rezistență foarte puternică. „Nu știu ce muzică aș fi.” „Nu știi sau nu vrei să știi.” „Nu vreau să știu.” „Cum arată acest nu știu?” Prin descrierea lui „nu știu”, A ajunge la ideea de haos. De fapt, acel „nu știu” este haosul lui. El ajunge să conștientizeze acest lucru. Pornind de la teama de a se confrunța cu propriul său haos el ajunge să sufere o transformare, chiar în interiorul acestui haos. Pe măsură ce se rostogolește în haos, haosul își schimbă culoarea, de la negru la albastru închis, albastrui.

A conștientizat că se poate teme numai de ceea ce nu cunoaște. Haosul îi spune la un moment dat: „Încearcă să mă cunoști.” (prin tehnica jocului de rol). Încercarea de a cunoaște propriul haos poate fi riscantă, însă, e necesară transformării. De experiența lui A au profitat și ceilalți membri ai grupului B.

Metafora nu numai că activează probleme și conflicte nerezolvate dar îl și „obligă” pe individ la rezolvare. Cu ajutorul metaforei, individul poate da la iveală noi modalități de abordare a unor obstacole care marchează viața de mult timp.

#### Fragment de ședință:

«T: Ai un obstacol în față.

M: E o piatră.

T: Ce mărime are?

M: Nu e foarte mare. E la nivelul meu. E o chestie de care poți să te împiedici dacă nu știi

cum să o iei. Fie o dai la o parte, fie o ocolești. E o piatră cu care trebuie să mă lupt. Trebuie să o mut din drum.

T: Încearcă.

M: Piatra e grea. O simt. Îmi trebuie multă forță.

T: Ce simți față de ea?

M: Vreau să mă lupt cu ea. Mi-ar mai trebui ceva.

T: Ce anume?

M: Experiență. Poate ar trebui să mai capăt experiența și pe urmă să mă întorc.

T: Ce știi despre piatră?

M: Știu ce mă lasă ea să știu. Nu o cunosc. Ar trebui să comunic cu ea.

T: Abordează-o!

(Se introduce joc de rol pantomimic cu dialog interior).

M: Mă respinge.

T: Unde e?

M: În mijlocul drumului.

T: Treci pe lângă ea și vezi ce se întâmplă.

M: Nu pot să trec pe lângă ea fiindcă nu-mi rezolv problema. Pe urmă nu știu cum să abordez piatra următoare.

T: Bine. Atunci tu ești piatra. Cum te simți ca piatră din drum? Fii piatra!

M: Nu mă simt bine. Sunt ca o chestie care împiedică pe cineva (insight).

T: Pe cine?

M: O chestie care împiedică alte persoane.

T: Privește în tine și vezi ce e acolo?

M: O chestie în dezechilibru. Ceva pus la întâmplare. Dar pot face ordine pentru că eu nu sunt piatra (prima autotransformare).

T: Cum arată acum interiorul?

M: Acum sunt o piatră organizată (autoredefinire).

T: Ce culoare ai?

M: Cenușiu, albastru.

T: Poți să ieși din piatră?

M: Da. Eu sunt cea care a făcut ordine (conștientizarea noii achiziții și autoresponsabilizare).

T: Acum ce știi despre ea?

M: Acolo este un punct vulnerabil (autoredefinire).

T: Acum poți elimina piatra?

M: Da (decizie și acțiune).

T: Cum ai reușit?

M: Am rostogolit-o cu piciorul (autodeblo-care rezolutivă). Inițial am vrut să o ridic dar mi-am dat seama că la această piatră trebuie o altă abordare. De asta, cu piciorul. Important este să te mulezi pe piatră, s-o cunoști bine. Sunt pietre și pietre și nu trebuie să mă implic mereu.

T: Nu știai lecția asta?

M: Nu.»

În timpul acestei experiențe de transformare M a conștientizat că fiecare obstacol trebuie abordat în mod diferit și pentru a găsi modalitatea de abordare trebuie să cunoști cât mai bine obstacolul, trebuie să cunoști dificultatea obstacolului. „Important este să te mulezi pe piatră. S-o cunoști bine. Sunt pietre și pietre...”

M a mai conștientizat că obstacolul ei este un obstacol, în primul rând, de ordin interior. Obstacolul este situat în interiorul ei. „Acolo este un punct vulnerabil.” Ea încearcă să facă ordine în interiorul ei și reușește.

Transformarea ei a avut loc în momentul în care a conștientizat că obstacolele ei principale sunt de natură interioară. Ea își proiecta propriile blocaje în exterior. Atunci când a înțeles că obstacolele ei sunt de natură interioară, s-a întors acolo, a făcut ordine și a eliminat „piatra”. Așadar, identificarea cu piatra i-a permis lui M să se confrunte cu o problemă esențială pentru ea, proiecția obstacolelor sale interioare și blocajele în care acestea se traduc.

**Concluzii:** Care sunt efectele aplicării acestor metode și tehnici experiențiale? Cum acționează mecanismul activare-descoperire-deplasare către problema reală, în sensul creșterii creativității interpersonale? Chiar dacă nu, întotdeauna, există șansa unor interacțiuni esențiale sau a unor transformări spectaculoase, provocarea la creștere este o dimensiune esențială a terapiei experiențiale de grup.

Chiar dacă nu este vorba despre transformări spectaculoase, fiecare provocare la creștere, oricât ar fi de slabă ca intensitate, este un pas către autodescoperire. Experiența mea terapeutică cu grupurile A, B, C este semnificativă în acest sens.

### 3. Efectele aplicării unor metode și tehnici experiențiale de grup în terapia și optimizarea comportamentului interpersonal

În activitatea terapeutică cu grupurile de tineri am încercat să observăm modul în care instrumentele de provocare, metafora, mișcarea, sunetul, capătă acces la fenomenologia interioară a individului, modul în care dimensiunile ce țin de „pata neagră” a personalității sunt provocate la manifestare, modul în care întâlnirea cu celălalt devine o interacțiune esențială.

Provocarea este făcută: „Fii piatră!” M. primește provocarea și se lasă dată la iveală, se autodescoveră prin interacțiunea cu celălalt. Își descoperă propriile obstacole interioare, proiectate în acea piatră.

Chiar și atunci când provocarea nu este primită, metafora, unul dintre instrumentele terapiei experiențiale are puterea de a topi rezistențele. A. ajunge singur să descopere că „Nu știu” și „Nu vreau” reprezintă de fapt haosul din el. Numai prin apropierea de acest haos se poate transforma și el ajunge singur, să înțeleagă acest lucru.

Așadar, instrumentele terapiei experiențiale activează mai întâi și dau la iveală „ceva” ce ține de zona non existenței individului, cum spune Perls, și pornind de la acest „ceva” experimentul se poate deplasa către confruntarea cu problema reală a individului. Ce înseamnă deplasarea către problema reală? Înseamnă crearea șanse de confruntare cu această problemă. În urma trăirii unei experiențe de improvizație colectivă, V. spune: „Eu nu m-am simțit bine în grupul muzical. Nu i-am auzit pe ceilalți.” Astfel, pornind de la improvizația colectivă se poate face deplasarea către problema reală a lui V.: integrarea dificilă în grupuri.

În activitatea terapeutică cu grupurile A, B, C am observat acest mecanism, activare-descoperire-deplasare către problema reală adică activarea dimensiunilor necunoscute sau a contrariilor, cum le numește Jung, pe urmă descoperirea (a da la iveală) acestor dimensiuni și deplasarea către problema reală.

Pentru a scoate în evidență acest meca-  
nism, care acționează în sensul creșterii creati-  
vității interpersonale, prezentăm fragmente din  
ședințele de terapie experiențială cu grupurile  
de tineri.

### 3.1. Exerciții suport

#### • „Nume noi” - „Prima impresie”

**Ședința 1** - grup A „Nume noi” asociat cu  
„Prima impresie”. Li se cere membrilor grupu-  
lui care încă nu s-au cunoscut, să-și spună unii  
altora numele pe care ei cred că li se potrivește  
și să emită câteva adjective sau, să spunem, câ-  
teva impresii determinate de aparența individu-  
lui. „Fiți atenți la constituția corpului, la  
postură, la expresia feței, la modul de mișcare  
și la tensiunea sau relaxarea reflectată de miș-  
care și poziție. Puteți merge acum să-i atingeți,  
să-i simțiți tensiunea, mărimea, rigiditatea.  
Împingeți-l; testați rezistența lui.”

Observăm că dialogul care va urma, des-  
prins din această ședință de grup, este relevant  
pentru ceea ce s-a întâmplat în grup la aplica-  
rea acestei tehnici.

«T: Așa. Tu spui că ei i se potrivește numele  
Claudia. Poți să spui și de ce?»

C: Da. Cred că seamănă cu verișoara mea.  
Cred că are ceva din ea.

T: Ce crezi că are din ea?

C: Are ceva din interiorul ei, din felul ei de a fi.

T: Cum este verișoara ta?»

Asocierea pe care a făcut-o C. între nume și  
cineva cunoscut i-a influențat și pe ceilalți  
membri ai grupului. Membrii grupului nu au  
mai fost centrați pe prima impresie ci pe legă-  
tura între numele dat și persoana cunoscută lor  
care poartă acest nume. Este posibil ca postu-  
ra, constituția corpului, expresia feței ale unui  
membru al grupului să fie asociate de alt mem-  
bru al grupului, cu o persoană cunoscută de el,  
însă, centrarea pe relația nume-persoană cu-  
noscută e reflectată de faptul că toți membrii  
grupului au făcut această asociație.

Ei au conștientizat cum transferi experiența  
de cunoaștere psihologică de la o persoană la  
alta (atribuire) pe baza unor elemente nesem-  
nificative (subiective) și care este riscul ca prin  
etichetare să îți crezi o imagine preconcep-  
tă asupra unei persoane,

În consecință, să-ți „modelezi” comuni-  
carea și interacțiunile în conformitate cu ea.  
Riscul erorilor și blocajelor comunicării a fost  
astfel înțeles cauzal.

„Nume Noi” (New Names) și „Prima Im-  
presie” (First Impresion) sunt tehnici propuse  
de Schutz pentru a ușura contactul. Se știe că  
contactul reprezintă una din marile probleme  
ale societății contemporane. Datorită faptului  
că posibilitățile de contact care se integrează în  
spațiul normelor sociale sunt foarte puține.

„Prima impresie” se referă la faptul că noi  
nu suntem conștienți de toate dimensiunile  
comportamentului unei persoane. Reacțiile la  
anumite informații comunicate de prezența  
unei persoane sunt mai degrabă inconștiente  
decât conștiente. Totuși există reacții la aceste  
informații, reacții inconștiente, dar există.

Un mod de a explora acele dimensiuni ale  
comportamentului care sunt receptate în mod  
inconștient se practică la începutul vieții în  
grup; fiecare membru vine în fața grupului.  
Membrii grupului li se va cere să emită câte-  
va impresii bazate pe aparențe. Este de preferat  
ca persoana să înceapă să vorbească după ce  
impresiile au fost emise. Comunicarea impresi-  
iilor se poate face verbal sau neverbal.

#### • „Plimbarea oarbă” - „Moara”

Ședința 2 - grup A. Ședința 2 - grup C

O combinație între „Plimbarea oarbă” și  
„Moara”. Li se cere membrilor grupului să se  
adune împreună.

„Închideți ochii! Întindeți mâinile și încera-  
cați să simțiți propriul vostru spațiu. Încercați  
să simțiți spațiul din fața voastră, spațiul din  
spatele vostru, spațiul de deasupra voastră,  
spațiul de sub voi! Acum conștientizați contac-  
tul cu ceilalți! Încercați să vă atingeți!”

Această metodă deschide conflictul între do-  
rința de a fi singur și dorința de a fi cu ceilalți.  
Metoda „Moara” permite explorarea celorlalți  
membri ai grupului în mod neverbal.

„Ridicați-vă, închideți ochii și începeți să  
mergeți în jurul camerei! Când vă veți întâlni  
unii cu alții vă puteți explora în ce mod doriți  
și cât timp doriți.”

Discuțiile care au urmat acestor experiențe  
cu grupul au fost în legătură cu sentimentul de  
jenă care însoțește intrarea în spațiul celuilalt și

cu sentimentul de siguranță și nesiguranță  
raportat la a sta cu spatele sau cu fața la grup.  
Conduitele evitante și motivațiile lor sunt  
conștientizate, analizate și integrate expe-  
riențial.

Am folosit mișcarea ca instrument de pro-  
vocare. Sentimentul de jenă este asociat cu tea-  
ma de reacție. Acest exercițiu, care folosește  
ca instrument de provocare a fost foarte efi-  
cient în conștientizarea propriului spațiu psi-  
hologic.

Am folosit același experiment într-o ședință  
cu grupul C. Problema dominantă nu a mai fost  
spațiul psihologic a fost legată de senzitivitate.

A. spune: „Nu e prea confortabil să defilezi  
așa pe lângă niște oameni pe care nu-i cunoști  
prea bine. E ca și cum m-aș expune și nu îmi  
place să mă expun.”

Pornindu-se de la această trăire a lui A, a  
urmat o discuție privind experiența de a fi ex-  
pus. Membrii grupului s-au confruntat cu pro-  
bleme, cu conflicte privind expunerea.

#### • „Percepția propriului spațiu”

Ședința 3 - grup A. Ședința 1 - grup

B: Percepția propriul spațiu are la bază fap-  
tul că „percepția vizuală este direct relaționată  
cu modul în care gândim și simțim.” (Feder)  
În acest caz imaginea este folosită ca instru-  
ment de provocare.

#### Fragment de ședință

«T: Cum îți imaginezi spațiul tău?»

G: Eu văd spațiul tridimensional și albastru.

T: În ce relație ești tu cu acest spațiu?

G: Eu sunt în afara lui, îl privesc din afară.

T: De la ce nivel privești? Privești de jos în  
sus, de sus în jos sau privești la nivelul ochilor?

G: De jos în sus.

T: Privești spre stânga sau spre dreapta?

G: Privesc spre dreapta.

D: Eu nu pot să-mi imaginez spațiul decât  
în relație cu ceva. În relație cu sunete, cu...

T: Tu unde te situezi în acest spațiu?

D: Eu sunt în centru.

E: Pentru mine spațiul este tot ce nu sunt eu.

T: Spațiul este, deci, ceva exterior ție.

E: Da.

T: În ce relație ești tu cu acest spațiu?

E: Mă înconjoară.

T: Aha! Ai spus că spațiul este ceva exterior  
ție și în același timp este ceva care te înconjoară.  
E: Da.

T: Asta înseamnă că faci parte din acest  
spațiu.

E: Hm! Da.

T: Ai conștientizat acest lucru?

E: Da

M: Pentru mine nu există spațiu. Nu mă in-  
teresează ce este în jur. Pentru mine totul este  
neant.

T: Dar tu unde te situezi în acest neant?

M: Nicăieri.

T: Ce culoare are neantul tău?

X: Neantul nu are culoare. Dacă e neant nu  
are culoare.

G: Eu văd neantul negru.

M: Neantul meu nu are culoare.

T: Colorează-l. Încearcă să-i dai o culoare.

M: Pentru mine nu există spațiu și neantul  
meu nu are culoare. Nu mă interesează ce este  
în jur. T: De ce crezi că nu te interesează ce e în  
jur?

M: E o enigmă.

T: Crezi că această atitudine te face mai  
deosebită?

M: Da.

L: La mine spațiul e mișcare. Totul e mișcare.

T: Tu ești în mișcare?

L: Da și eu sunt în mișcare.

T: Simți nevoia să te miști tot timpul?

L: Da.

T: Te simți bine în mișcare?

L: De obicei mă simt bine însă când obo-  
lesc aș vrea să pot să mă odihnesc.

T: Când obosești ai vrea să poți să te odih-  
nești. Îți este greu să te odihnești?

L: Da. Eu sunt în mișcare și când mă odih-  
nesc.

T: Încearcă să te miști și să te odihnești în  
același timp.

(L. se ridică în picioare, merge.)

T: Mergi pe unde îți vine și în același timp  
lasă-ți mintea să se miște unde-i vine. Lasă-te  
dusă de trupul tău.

(L. merge cum îi vine.)

T: Lasă mintea să se miște ca și trupul.

(L. merge în continuare și închide ochii.)

T: Așază-te. Cum te simți acum?

L: Mă simt destul de relaxată, atât pot să spun.

N. merge către centru. Stă în picioare. Își sprijină fața într-o mână al cărui cot este sprijinit de altă mână. Capul e orientat în jos și două degete pe nas. O poziție de om supărat. G. se așază la distanță de N. V. se așază în fața lui N. L. stă pe piciorul lui N. și T. stă întoarsă către N. cu privirea în gol.

Singurul contact fizic din acest grup statuar există între L. care se așază jos sprijinindu-se de piciorul lui N.

După experiența grupului statuar a urmat o analiză la care au participat protagoniștii și observatorii. Fiecare protagonist și-a motivat poziția pe care a ales-o în grupul statuar. De exemplu V. și-a motivat situarea în fața lui N.: „Am vrut să-i atrag atenția că exist. Cred că poziția lui voia să spună că nu vrea să aibă de-a face cu nimeni”. N. a confirmat această presupunere a lui V: „Sunt foarte obosit și, într-adevăr, nu prea mă interesează contactul la ora asta.”

Protagoniștii nu s-au simțit integrați în grupul statuar. În urma analizei atât protagoniștii cât și observatorii au concluzionat că grupul statuar, căruia nu i-au găsit nici un nume, **reflectă coeziunea de grup, foarte scăzută**, de la acel moment. Lipsa contactului fizic și vizual dintre protagoniștii grupului statuar nu era întâmplătoare.

#### „Grupul statuar” - grup C

Li s-a cerut membrilor grupului să se așeze în mod spontan, într-un grup statuar. Ca și în ședința cu grupul A, o parte din membrii grupului au participat la grupul statuar și o parte au fost observatori.

M. se așază pe podea. R. vine și se așază spate în spate cu ea. C. vine și se așază spate în spate cu ele. S. intervine în grup. Rămâne în picioare punând o mână pe capul lui C. și o mână pe capul lui M. V. se așază lateral de blocul făcut de M., C., și R. Ultima care intervine în grup, P., care se așază pe o masă, stând cu picioarele încrucișate.

Am rugat observatorii să dea un nume grupului statuar. S a denumit grupul statuar „Supravegherea”, A s-a gândit la „Suveranitatea părintească”, G și A, „Singuri împreună” și B „O pildă a lui Isus.”

După experiența grupului statuar a urmat o analiză la care au participat și protagoniștii și observatorii.

Protagoniștii și-au motivat intervenția în grupul statuar și poziția aleasă.

«M: „M-am așezat pentru că era confortabil și voiam să mai fie cineva lângă mine.” Cum s-a simțit M în relație cu ceilalți protagoniști? Am simțit că S vrea să mă protejeze. Pe V nu o prea vedeam. Am simțit contactul fizic cu R și cu G.

R: „M-am gândit că dacă mă așez în spatele ei o să-mi fie și mie bine și ei. Mi-a părut rău, totuși că am stat cu spatele pentru că nu aveam contact vizual cu ea. Mi-ar fi plăcut ca S să pună mâna și pe mine. De obicei o simt aproape pe S, în grup. Mi-ar fi plăcut să o simt aproape și în grupul statuar. P ne privea de sus, V a încercat să fie cu noi dar încerca să ne privească din afară.

T: Ce-ți comunică V?

R: Pe V nu o simțeam în statuie alături de mine.

C: M-am așezat cum mi s-a părut mai confortabil. Într-adevăr nu mai vedeam ce se întâmplă.

T: Cum simțeau această incertitudine?

C: Pe V n-am văzut-o până n-a început să vorbească. Am simțit contactul cu R și M și S. Îmi dădea speranță.

T: Te-ai simțit ca făcând parte din grup?

R: Da.

S: M-am așezat așa fiindcă am simțit că nu era comunicare. Aș fi vrut să fiu în mijloc ca să fiu aproape și de R. Am venit să fiu un liant. Am simțit o răceală.

T: Ai simțit răceală?

S: Da, pentru că nu erau față în față. Răceala prin direcție.

T: Totuși, ele au vorbit despre contactul lor fizic.

S: Da, dar nu era suficient.»

În acest moment au interveni protagoniștii care au afirmat că au avut contact fizic.

«M: Era alt tip de comunicare, dar era.

S: Justifică poziția ei în care a pus mâinile pe capetele lui C și lui M. „Am luat distanța cea mai mică. Dacă puteam, o cuprindeam și pe R. Simțeam nevoia să ofer căldură și afectivitate.”

P: „Eu mă simțeam foarte bine. Toată lumea era pe jos și eu pe sus. Aseară m-am uitat pe un canal unde era un reportaj despre modul în care se apără animalele.

T: Asta ți-a sugerat statuia?

P: Da. Fiecare avea bucățica lui de apărut. Aș denumi statuia „Pericol”.

T: Te simțeau în afara statuii?

P: Nu. Eram și eu acolo. Statuia era caracterizată de **vulnerabilitate**. Toți erau vulnerabili. Era blocul de trei și pe laterală putea veni oricine.

T: De ce te-ai așezat așa?

P: Așa mi-a venit mie. Aș vrea să fiu un animal care se poate apăra singur. Nu pot depinde de altcineva.

T: Înainte să te așezi, ai avut aceleași raționamente?

P: Nu. Cineva a denumit grupul statuar „La pășune”. Așa îl văd și eu dar n-aș vrea să fiu oaia.

I: Nu faci parte din grup?

P: Ba da. Dar eu sunt un fel de mediator între exterior și interior. Dacă vin lupii. Pentru o apărare mai bună aș fi pus-o pe V cu spatele spre grup.

T: Erai sistemul de siguranță al grupului?

P: Asta m-am simțit eu.

I: Ar fi fost interesant să dezechilibram statuia pentru ca tu să intervii ca sistem de siguranță.

V: Pentru ce m-am așezat în acest mod? Era simetrie și eu am vrut să rup simetria. Ele mergeau pe contact corporal, eu am vrut să merg pe contact vizual.»

Modul în care protagoniștii și-au motivat intervenția în grupul statuar, precum și poziția aleasă a întărit ceea ce exprima metafora corporală. Prin alegerea poziției lor, protagoniștii au căutat fie contactul fizic, fie contactul vizual. Acest grup statuar a reflectat coeziunea de grup în acel moment. Chiar și P care voia să sugereze că nu face parte din grup s-a descoperit până la urmă în rolul de sistem de siguranță al grupului. Modul în care această metaforă corporală a funcționat ca instrument de provocare a ieșit foarte bine în evidență atunci când observatorii au încercat să o denumească.

„Supraveghere”, „Singuri împreună”, „Suveranitate părintească”, „O pildă a lui Isus” sunt **proiecții ale observatorilor**, care puteau fi folosite ca **pretexte de creștere, de rezolvare a unor probleme**.

A fost foarte relevantă, în acest sens, proiecția lui Si care a văzut în grupul statuar o familie în care P era tatăl, S era mama și ceilalți erau copiii. Între mamă și tată nu prea există comunicare. Tata era sever, mama era blândă și degaja multă căldură. Mama și tata nu erau egali. P era pe masă iar S stătea în picioare.

Pornindu-se de la această proiecție a lui Si a urmat o discuție în care s-a reflectat atitudinea **fiecărui membru al grupului față de familie, față de părinți, față de rolul mamei și al tatălui**.

Pentru R, de exemplu, Grupul statuar reflectă o familie perfectă. „Tatăl nu e tată dacă nu este sever.” V, din contră, (V stătea, în grupul statuar, așezată pe podea, lateral de blocul celor trei) și-a exprimat nemulțumirea că nu poate comunica cu tatăl, cu P. „Trebuie să vină mai aproape. Trebuie să coboare de pe masă.” P a coborât de pe masă. E la același nivel cu mama. Cineva intervine spunând că între mama și tata sunt copiii. Din această cauză nu pot ei să comunice. C, V și R care formau blocul de pe podea au spus **că nu pot comunica cu tatăl (cu P), atunci când acesta stă în picioare**. P s-a suit din nou pe masă.

Ceea ce a fost important, în toată această centrare pe familie, pornind de la proiecția lui Si, se referă la faptul că membrii grupului și-au exprimat atitudinile față de familie, față de părinți și față de rolurile parentale. Membrii grupului au avut ocazia să-și clarifice sentimente, conflicte în legătură cu propria familie sau părinții.

Iată cum, pornind de la o metaforă, **experimentul terapeutic se poate deplasa către probleme concrete ale membrilor grupului**.

Experimentul „Grupul statuar” a fost semnificativ, pe de-o parte pentru că ne-a oferit informații despre **coeziunea de grup** și despre relațiile între unii dintre membrii grupului, la un moment dat, și pe de altă parte pentru că, funcționând ca instrument de provocare a oferit **ocazia membrilor grupului să se confrunte cu unele dintre problemele lor reale**.

Am folosit acest experiment într-o ședință cu grupul A și într-o ședință cu grupul C. În grupul A, coeziunea de grup fiind foarte redusă (coeziune reflectată în grupul statuar) și comunicarea ulterioară experienței, a fost foarte redusă, astfel că șansele confruntării cu probleme reale ale



membrilor grupului au fost foarte scăzute. Important este că membrii grupului A au conștientizat scăzuta coeziune de grup.

În grupul C, la momentul utilizării experimentului „Grupul statuar”, coeziunea de grup era destul de mare, ceea ce a și fost sugerat de metafora corporală. Astfel, a existat atmosfera necesară deplasării către probleme reale ale membrilor grupului, pornindu-se de la metafora corporală.

#### • „Lucrul pe diade“

##### Grup A - Ședința 8 - Grup C

Lucrul pe diade - retrăirea unui eveniment plăcut sau neplăcut și observație.

Faza 1 - A. protagonist, B. observator.

Faza 2 - B. protagonist, A. observator.

#### Cum se procedează:

I se cere lui A. să-și amintească un eveniment plăcut. Lui B. i se cere să-l observe pe A. În timp ce acesta trăiește evenimentul plăcut, i se cere lui B. să observe postura lui A., poziția ochilor, înclinarea capului. Același exercițiu se poate desfășura cerându-i-se lui A. să-și amintească un eveniment neplăcut.

După încheierea experienței de observare i se cere observatorului să spună ceea ce a observat iar celui observat i se cere să spună cum a simțit trăirea evenimentului plăcut sau neplăcut.

În partea a doua a ședinței am folosit o altă variantă a acestui exercițiu. I se cere lui A. să-și amintească un eveniment fără să menționeze dacă e plăcut sau neplăcut. I se cere lui B. să spună ce fel de eveniment trăiește A. orientându-se după postură, după mimica feței, după direcția privirii.

Analiza care a urmat acestui experiment ne-a oferit informații privind sistemul preferențial de reprezentare al fiecărui membru al grupului și a conștientizării propriei capacități de a emite impresii pe baza observării posturii, mimicii feței, poziției ochilor celui alt.

Este foarte important pentru terapeut să identifice sistemul preferențial de reprezentare al clientului, sistem care poate fi auditiv, vizual sau kinestezic (v. tehnica NLP). În descrierea modului în care au trăit evenimentul plăcut sau neplăcut ei pot folosi, predominant, termeni ce sunt în relație cu un anumit simț.

Acest experiment este semnificativ și în ce privește formarea deprinderilor de observații a comportamentului non-verbal al celui alt. Formarea acestor deprinderi de observație a comportamentului non-verbal ține de latura formativă a programului de psihoterapie experiențială „Aici și Acum”.

Dacă în acest experiment li s-a cerut observatorilor să verbalizeze ceea ce au observat într-o variantă a acestui experiment li s-a cerut să exprime prin mișcare starea celui observat. Acest experiment a avut loc într-o ședință cu grupul C.

#### Fragment de ședință- Grup C. - ședința 8

«1. G. observator și C. observat.

G exprimă prin mișcare o stare de indecizie, o stare șovăitoare. După ce a exprimat prin mișcare starea lui C., i s-a cerut lui G. să verbalizeze ceea ce a observat.

G: Aș vrea să fac ceva, dar mai stau și mai observ.

C: E reținută, încearcă să nu se manifeste.

T: Ai putea eticheta starea respectivă?

G: Reținere. Dorința de relaționare și cooperare, dar reținere, expectativă.

T: Nu vrea să facă ea primul pas.

G și C: Da.

T ( către C.): Te-a decodificat bine?

C: Da.

2. A. observator, P. observat. A se plimbă agitată prin cameră, caută ceva.

A: P. este preocupată de ceva anume, e concentrată asupra unui gând și...

T: Cum ai defini starea ei?

A: Preocupare.

T: P. ești de acord?

P: Da.

T: De ce ești preocupată?

P: De o temă.

3. V. observator, S. observat. V stă pe scaun și se uită gânditoare în sus. În acest mod a exprimat starea lui S.

V: Cred că e vorba de melancolie. Poate pentru că e primăvară. Era departe. I-am văzut o față pe care nu i-am văzut-o niciodată. Deconectată de tot ce e în jur.

T: S, ce părere ai?

S: Nu neapărat melancolie. Poate, puțină amărăciune. Mă gândeam la o discuție anterioară.

4. A. observator, Si observat.

A o sărută pe Si, o ia de mână și de umăr, se plimbă prin cameră și pe urmă se așază.

A: Ea este azi gata să vorbească cu cineva despre ceva mai mult personal.

E îngândurată. Vrea să se simtă bine. Are o predispoziție către a se deschide.

Si: Într-adevăr, mă simt foarte bine. Nu sunt îngândurată. A urmat schimbarea rolurilor. Si observator. A observat. Si se plimbă, se oprește din când în când, se mai uită pe sus pe jos, voind să sugereze preocuparea.

Si: O liniște impusă care nu i-a reușit. Pe urmă s-a gândit la altceva. Inițial, a fost stânjenită. Pe urmă a relaxat-o gândul la altceva. O ușoară nemulțumire, o răzvrătire interioară. La un moment dat a încercat să fie absentă. Mi-a ocolit puțin privirea.

T: O liniște impusă ai spus? Vrei să spui că pe A nu o caracterizează liniștea?

Si: Cred că A e o persoană neliniștită, dar în sensul bun.

A: Azi nu mă simt bine fizic. E o chestie fizică. Trebuie să uit ce mă doare. Într-adevăr, eu nu pot să dorm niciodată. Bineînțeles, în sens metaforic.

Si: Eu o văd pe A ca pe un câine cu urechile ciulite.

T: Ce înseamnă acest câine pentru tine?

Si: Căutare. Asociez acest câine cu un om activ care vrea să știe multe.

A: Nu-mi place indiferența, ci activismul și nu asociez activismul cu agresivitatea.

5. S observator, V observată.

S: Am observat la V un mare disconfort, pentru că era observată. Nu-și găsea locul pe scaun pentru că eram cu ochii pe ea.

V: Da. Simt și acum disconfortul pe care l-am trăit în autobuzul 336, venind aici. Aveam impresia că toate mâinile sunt în capul meu.

T: Cum te-ai simțit când ai observat-o pe S și cum te-ai simțit când ai fost observată?

V: Când am observat-o pe S distanța mi s-a părut prea mică. Când m-a observat ea am încercat să fac abstracție. Când am observat-o mi s-a părut că sunt prea aproape și că o deranjez.

S: Nu m-am simțit așa.

T: Când ai observat-o pe S și s-a părut că e prea aproape și că o deranjezi.

V: Da. Era jenată că o priveam prea aproape. Am simțit nevoia să mă dau mai departe. Pentru liniștea mea.

T: Pentru liniștea ta.

V: Da, pot să o observ în liniște.

T: Cum te simți când observi mai departe?

V: Văd mai mult și nici persoana pe care o observ nu-și dă seama că e observată. În general o persoană fixată asupra ta deranjează.

S: Cred că-ți place să pui la distanță.

V: Nu-mi place să deranjez.

6. P observator, A observat.

(P imită foarte bine modul în care merge A.)

P: A este supărată, e nemulțumită. Are ceva probleme. Cred că la ora asta i se potrivește un marș funebru.

T: Asta e starea ei generală?

P: Tot timpul e agitată. Tot timpul se joacă cu mâinile, nervoasă.

T: Prin mișcarea ta ai reprodus foarte bine modul ei de a merge. Asta e starea ei în general?

R: La ce te face să te gândești mersul ei?

P: Poate pică casa pe ea. Și ce dacă?

S: Mie îmi sugerează dezordine.

A: Nu cred că e vorba de dezordine.

T: Cu ce mai asociați mersul ei?

S: Răsfăț.

P: La pian e cu totul alta.

T: Exprimă prin mișcare cum e ea la pian.

(P o imită pe A la pian.)

T: Picioarele bine înfipite în pământ.

P: Da. Nu dă explicații în timp ce cântă. E transpusă. E în muzică. E alta.

T: A, cum ți-ai caracteriza starea de la pian?

A: Mă concentrez exclusiv. Mă deranjează cineva. Îmi perturbă starea. Concentrare asupra starea mea de la pian.

T: Exprimă concentrarea prin mișcare.

A: Acum nu sunt în starea mea de la pian. Acum am în cap punk-trash. Sunt într-o stare violentă.

T: Exprimă violența.

A se agită. Dă din mâini și din picioare.

T: Ce simți acum A?

A: Mă gândesc la întâmplări și persoane care... Nu vreau să povestesc.

T: De ce?

A: Pentru că dacă le-aș povesti, nu ar suna cum sună pentru mine.

T: Alege pe cineva care să reprezinte persoana cu care ești în conflict.

A: Nu simt nevoia să comunic cu cineva din grup.

T: Dar ce simți nevoia să faci?

A: Nu simt nevoia să exteriorizez.

T: Simte cineva ce simte A?

A: E într-o stare de agitație. La ea e ceva mai mult interior. Îmi dai voie să-ți pun o întrebare? Dacă vrei răspunzi, dacă vrei nu răspunzi.

A: Da.

A: Ce crezi tu despre mama ta?

A: O intelectuală care se limitează la o viață de familie.

Ar: Ce înseamnă asta?

A: Se limitează, din motive obiective, la preocupări casnice. Eu m-aș ocupa mai mult de mine, de viața mea.

T: Mai simți violența acum?

A: Nu chiar.

T: Dar ce simți?

A: Mă simt observată, disecată.

T: Cum e să fii disecată?

A: Nu e confortabil. E ceva ce nu mi se întâmplă des.

T: Ce nu ți se întâmplă des?

A: Să mă exprim și să fiu în centrul atenției. Eu cu alții vorbesc despre alții.

7. C. observator, G observat. C se plimbă și se uită pe sus.

C: Nu se gândea la ceva personal. Se simțea ciudat. Zâmbea. Afișa nepăsare dar în realitate se gândea să afișeze o stare. Nu era starea ei reală.

G: Nu eram afectată. Nepăsarea era afișată. mă uitam la celelalte. V își aranja cocul. Nu știu cine se uită la ceas. Nu mă uitam la C fiindcă știam că o perturb.

T: Știai că o perturb?

G: Da. Am observat asta din expresia feței ei. Încercam să fiu cât mai firească.

C: Și totuși afișai...

G: Probabil.»

Se pare că în experimentul cu grupul C, asocierea mișcării cu verbalizarea a avut un mai mare impact asupra grupului, în sensul provocării la explorare.

S-au creat condițiile pentru deplasarea către probleme reale ale clientului. Este relevant, în acest sens, cazul lui A care pornind de la confruntarea cu propria ei violență a ajuns la problemele de comunicare cu mama ei și cu ceilalți. „Nu comunic cu mama” și „Eu cu alții vorbesc despre alții” sunt afirmații ale lui A care se referă la aceste probleme de comunicare. Ea nu vorbește cu alții despre ea. Ea e ea însăși numai în fața pianului. Mișcarea și atmosfera grupului au reușit, însă, să o scoată din ea. Au reușit să o dea la iveală. Fiind un subiect senzitiv, ea s-a simțit inconfortabil în poziția de a fi în centrul atenției. Dincolo de această senzație de inconfortabil, experimentul i-a oferit șansa de a se confrunta cu una dintre problemele ei esențiale, problema comunicării cu ceilalți. Ea s-a confruntat cu această provocare beneficiind de suportul grupului. Faptul că a venit și la ședințele de grup ulterioare dovedește că senzația de inconfortabil a fost o senzație de moment care nu a blocat-o.

V a pus problema propriului spațiu psihologic și a distanței psihologice. Ea și-a proiectat propria senzitivitate în S. „Când am observat-o pe S mi s-a părut distanța prea mică. Mi s-a părut că sunt prea aproape și că o deranjez”. S i-a răspuns că nu s-a simțit așa și V continuă: „Am simțit nevoia să mă dau mai departe. Pentru liniștea mea”. Este foarte clar că V și-a proiectat propria jenă, atunci când e privită foarte aproape, în S. Jenă, neliniște, nesiguranță. Ea a încercat să evite confruntarea cu această proiecție a ei în două momente, atunci când S pune în mod deschis problema senzitivității lui V „Am observat la V un mare disconfort pentru că era observată. Nu-și găsea locul pe scaun pentru că eram cu ochii pe ea.” V se justifică în felul următor, evitând confruntarea cu problema ei: „Da simt și acum disconfortul pe care l-am trăit în 336.” Un al doilea moment în care V putea să se confrunte cu problema ei a fost următorul. S îi spune: „Cred că îți place să pui la distanță.” și V răspunde: „Nu-mi place să deranjez”. Aceste momente în care V se putea confrunta cu problema ei puteau fi exploatate de terapeuți dar cu riscul blocării lui V.

Un scop secundar al acestui experiment a fost legat de formarea și exersarea deprinderii de observație psihologică și creșterea capacității empatice. Experimentul a demonstrat că fiecare membru al grupului avea o capacitate de empatie crescută. Majoritatea observatorilor au decodificat corect starea celui observat.

Așadar, pe de o parte experimentul a funcționat ca provocare, activând și dând la iveală probleme reale ale membrilor grupului și pe de altă parte, a oferit ocazia manifestării și exersării deprinderii de observație a comportamentului non-verbal și a capacității de empatie.

### 3.2 Evaluarea efectelor resimțite de către membrii grupurilor experiențiale

Experiența terapeutică cu grupurile A, B, C s-a încheiat cu o ședință de evaluare în care membrii grupului au avut ocazia să evalueze efectele programului de Psihoterapie Experiențială de Grup, asupra lor înșiși, asupra grupului în ansamblu, asupra unor membri ai grupului care le-au atras atenția în mod deosebit și asupra terapeuților.

#### • Efecte asupra membrilor grupului

Cu ce motivație au venit la grup? Conform ședințelor de evaluare membrii grupului au participat la programul de Psihoterapie Experiențială de Grup din curiozitate, din dorința de a participa la experiențe noi, din dorința de a cunoaște și învăța lucruri noi. „În facultatea asta se face multă teorie. Eram deschisă către orice era practic, eram deschisă către experiență.”, spune C., o membră a grupului C. Motivația de autocunoaștere a fost secundară la majoritatea membrilor grupului, pe de-o parte, pentru că nu știau despre ce este vorba în acest program și pe de altă parte pentru că nu au îndrăznit să-și propună scopuri atât de înalte.

Ce au câștigat sau ce au pierdut? Cu toate că motivația de autocunoaștere a fost secundară câștigurile majorității membrilor grupului au fost legate, în primul rând, de autocunoaștere. Comunicarea membrilor grupului, în legătură cu câștigurile lor, s-a referit, însă și la crearea posibilității de a căpăta experiență profesională și la legarea de noi relații.

Un caz aparte este A (student de etnie arabă aflat la studii în România), membră a grupului C, care a văzut experiența de grup ca o modalitate de creștere a adaptării sale la cultura acestei țări. „La mine mai era și problema adaptării la un mediu foarte diferit. Altă cultură, altă limbă. Consider că în grup s-a realizat o continuare, a aprofundare a adaptării mele.”

În ce privește autocunoașterea, membrii grupului s-au referit la posibilitatea de a căpăta acces la ei înșiși. „Ce am obținut? La fiecare ședință aveam mai mult acces la mine, cu toate că aveam, mai puțin, în cap ideea de autocunoaștere.”, spune S, membră a grupului C. R, membră a celuiiași grup, spune: „Am încercat să văd un pic din interiorul meu. Am învățat să fiu, un pic, creativă. Mă temeam de chestia asta. Îmi era frică să visez. Mi-a plăcut mult chestia asta. Să zbori, să plutești, să dansezi, să fii deschis.” V pune cunoașterea de sine în legătură cu autoacceptarea. „Am învățat să mă simt mai bine, să mă percep mai bine, să fiu mai înțelegătoare față de mine.” — spune ea, și concluzionează: „Acum am ajuns să spun: «Îmi place cum ești.»”

Dar autocunoașterea, autodescoperirea, implică întâlnirea cu celălalt și membrii grupului au conștientizat și acest lucru.

„Mi s-a părut extraordinar să te descoperi în persoane pe care nu le cunoști”, spune S iar Si spune: „Am încercat să privesc în fiecare pornind de la mine.”

Toți membrii grupului au avut șansa descoperirii prin celălalt, însă, nu toți au conștientizat acest lucru. S și Si, membre ale grupului C, au trăit această experiență.

Creșterea creativității interpersonale și căpătarea de experiență profesională au fost interdependente în acest experiment. „...am învățat despre puterea metaforei. O metaforă spune mult mai multe despre un om. Și omului îi e mult mai ușor să se deschidă printr-o metaforă.” (Si) „Am învățat să fiu creativă. Mă temeam de chestia asta.” (R)

Aceste afirmații ale lui R și Si reflectă un efect secundar al creșterii creativității interpersonale. Este vorba despre creșterea toleranței la joc, la irelevant.

Teama de joc și de irelevant este o caracteristică a oamenilor care se tem de necunoscut, care se tem de ceea ce nu li se pare logic.

**Creșterea creativității interpersonale este în interdependență cu creșterea toleranței la joc.**

Majoritatea membrilor au acceptat provocarea prin metaforă, prin mișcare sau, pur și simplu, prin joc dar au fost și situații care au pus în evidență toleranța scăzută la joc. M, o membră a grupului A spune: „Mi se pare ridicol tot ceea ce facem aici”. M respinge, încă din prima ședință, provocarea prin joc și abandonează experimentul în ședința 5. M este un caz aparte. Experiența cu grupurile A, B, C a demonstrat toleranța, crescută, la joc, a membrilor grupurilor și acceptarea provocării prin joc. Ei au înțeles că această provocare este mijlocul prin care experimentul se va deplasa către problemele lor reale. Din ședințele de evaluare cu grupurile A și C reiese că membrii grupului au înțeles acest mecanism: **provocare-activare-descoperire-deplasare către problemele reale.** „Ce mi se pare un câștig e că înveți să pui întrebări. Înveți să intri în sufletul omului, subtil și fin. Te deschizi și îl înveți și pe el să se deschidă. E o artă să pui întrebări.” (G, grup C) **Creșterea capacității de relaționare** reprezintă un alt câștig menționat de membrii grupului. „Am reușit să cunosc pe alții și să-mi dezvolt capacitatea de a mă relaționa cu alții.” (A, grup C)

Autocunoașterea, autodescoperirea prin celălalt, creșterea capacității de relaționare și implicit creșterea creativității interpersonale precum și căpătarea deprinderilor de a-i cunoaște și observa pe ceilalți sunt **elemente interdependente în terapia experiențială de grup** și acest lucru a ieșit în evidență și în activitatea noastră terapeutică cu grupurile A, B, C.

#### • Efecte asupra grupului în ansamblu

În ce privește grupul în ansamblu, membrii grupurilor A și C și-au exprimat părerea în legătură cu coeziunea de grup, cu gradul lor de integrare în grup și în legătură cu efectul terapeuților asupra grupului în ansamblu.

În ședința de evaluare a grupului A, membrii grupului și-au exprimat nemulțumirea în legătură cu slaba coeziune de grup. Ce a dus la slaba coeziune de grup? „...faptul că unii veneau azi și mâine nu mai veneau.” (F, grup A).

Așadar, absenteismul este unul din factorii care au dus la conturarea unei slabe coeziuni în grupul A.

Un alt factor care a acționat în grupul A în sensul conturării unei coeziuni de grup superficiale a fost confuzia membrilor grupului în legătură cu **scopurile** activității noastre. „Necunoscând ceea ce se întâmplă aici și făcând tehnici care se bazează mult pe imaginație, mi-a trebuit mult timp ca să pricep că nu e vorba de chestii de astea cu sugestionări.” (G, grup A)

Într-adevar în grupul A, coeziunea a fost scăzută și membrii grupului au resimțit neplăcut acest lucru. „Aș fi vrut ca grupul să fie mai unit, să ne cunoaștem mai bine...”

În grupul C coeziunea a fost mult crescută față de grupul A și acest lucru este reflectat de ședința de evaluare a grupului C. În sprijinul acestei observații vin afirmații ca: „Am simțit că pot da ajutor. Am simțit că oricare din acest grup poate face asta.” (G, grup C) sau: „Am simțit că pot comunica cu fiecare, ceea ce m-a făcut să mă deschid.” (S, grup C). C spune: „Am simțit grupul foarte apropiat și pe voi la fel.” Foarte relevant este răspunsul lui Si, la întrebarea referitoare la gradul ei de integrare în grup: „M-am simțit băgată în seamă și cred că toți au fost băgați în seamă.”

Ce a dus la creșterea coeziunii în grupul C? În primul rând **claritatea scopurilor.** Membrii grupului au demonstrat clar, în ședința de evaluare, că erau conștienți de scopurile grupului, autocunoaștere, creșterea capacității de relaționare, căpătarea unor deprinderi profesionale. În al doilea rând, este vorba despre **respectarea unei norme de grup, frecventă.** În al treilea rând este vorba tot de respectarea unei norme de grup, **aducerea conflictelor în prim plan și discutarea lor.** În ce privește efectele experimentului asupra grupului în ansamblu, membrii grupului au ținut să vorbească și despre impactul terapeuților asupra grupului. Ei au resimțit negativ momentele în care terapeuții nu comunicau eficient. „La început relațiile dintre voi două nu au mers bine și toată atenția grupului s-a concentrat, la un moment dat, asupra relațiilor dintre voi.” (A) Tot A spune: „Cred că grupul se simțea nesigur.”

Au existat mai mulți membri ai grupului care au sesizat impactul negativ asupra grupului al unor momente când echipa terapeutică nu este într-un consens semnificativ. Membrii grupului au învățat, în același timp că conflictele se pot rezolva creativ. „Am înțeles că voi nu ați lucrat împreună în primul semestru și la început s-a cunoscut acest lucru dar, pe urmă v-ați compatibilizat. Stilurile voastre se completează.” (V, grup C)

#### **4. Dincolo de concluzii. Terapia experiențială de grup ca provocare la creștere**

După cum reflectă fragmentele de ședință și ședințele de evaluare prezentate, precum și, fișele de evaluare și autoevaluare, membrii grupurilor au trăit experiența autodescoperirii prin întâlnirea cu celălalt, au trăit **experiența rezolvării creative a conflictelor și problemelor, experiența confruntării cu propriile lor proiecții.** Prin acceptarea provocării, prin metaforă, prin mișcare, prin sunet, ei au participat la **creșterea creativității interpersonale.** Ei au acceptat provocarea la creștere și prin asta au acceptat confruntarea cu ei înșiși. Ce a însemnat confruntarea cu ei înșiși? Confruntarea cu acele zone tabu ale personalității lor sau, cum spune Perls, confruntarea cu non-existența pe care fiecare o avem în noi. Această confruntare nu a fost întotdeauna plăcută dar, „creșterea nu înseamnă, întotdeauna gratificație.” (Maslow) Din acest motiv, experiențele noastre au condus la acceptarea provocării la creștere. Teama de non-existentul din ei înșiși îi poate determina pe unii să respingă provocarea la creștere.

Desigur, am întâlnit și asemenea cazuri, însă, terapia experiențială are un mod creativ de a aborda pe „Nu vreau” și „Nu știu”. Cu ajutorul metaforei „Nu vreau” și „Nu știu” s-au transformat în simboluri ale „haosului” și necunoscutului din fiecare. Următorul pas a fost confruntarea cu acest „haos” și acceptarea lui ca realitate interioară. Clarificarea problemelor, autoorganizarea, preluarea autocontrolului și reintegrarea în sine a „părților” negate, ignorate, reprimite sau alienate.

În acest mod abordează terapia experiențială rezistențele. A urmat conștientizarea resurselor, activarea și testarea lor în imaginar și în realitate.

Membrii grupurilor au înțeles că acceptarea provocării îi poate deplasa către confruntarea cu rezolvarea unora dintre problemele lor reale. Cum spune un membru al unui grup, ei au învățat despre **puterea metaforei**, despre capacitatea acesteia de a deschide porți bine zăvorâte.

În acest experiment, autoexplorarea, autodescoperirea prin celălalt și căpătarea deprinderilor de a-i observa și a-i cunoaște pe ceilalți au fost interdependente.

Caracteristicile grupurilor au fost foarte bine reflectate de „Tehnica grupul statuar” și de „Metoda improvizației colective”, de situațiile și scenariile metaforice de grup.

Ele au reflectat și conștientizat la participanți coeziunea de grup superficială, relațiile formale între membrii grupului și camuflarea conflictelor, ca și implicațiile acestora în viața de zi cu zi.

Aceleași metode au reflectat, în cazul altor grupuri, coeziunea crescută, relațiile apropiate între membrii grupului și abordarea deschisă a conflictelor.

**Ce a dus la diferența de coeziune între unele grupuri analizate comparativ?** Frecvența și punctualitatea sunt norme fundamentale ale grupului. Nerespectarea acestor norme fundamentale, în faza inițială a vieții grupului, precum și nerespectarea altor norme, ca abordarea deschisă a conflictelor, au avut ca efect conturarea unei coeziuni superficiale de grup.

Spre deosebire de aceste grupuri, altele s-au caracterizat prin frecvență, punctualitate, conștiință clară a scopurilor și abordarea deschisă a conflictelor. A existat o fază inițială a grupului în care conflictualitatea nu era abordată direct, însă, această problemă a fost pusă de unii dintre membrii grupurilor și, din acel moment conflictele au fost abordate deschis.

**Coeziunea și creativitatea sunt interdependente.** Fără un minimum de coeziune și cooperare efortul terapeuților de a da o notă creativă experimentului nu va avea succes.

Cum s-a reflectat coeziunea în grupurile cu evoluție pozitivă?



Contactul vizual, contactul fizic, exprimarea unor puternice sentimente de afecțiune și afiliere și acceptarea confruntării cu problemele reale și importante precum și confruntarea între membrii grupului, într-un mod pozitiv, sunt **indicatori ai coeziunii** și progresului terapeutic.

Crearea coeziunii implică crearea unor punți între membrii grupului.

Așadar, încercarea terapeutului de a crea împreună cu grupul un experiment creativ eșuează atunci când nu există cooperare și coeziune în grup, după cum ele cresc pe măsură ce se deblochează creativitatea interpersonală.

Neabordarea deschisă a conflictelor creează, în grup, tensiuni și închidere și acest lucru s-a întâmplat în cazul grupurilor cu progrese modeste.

Important este că această problemă a fost pusă în ședința de evaluare, ceea ce a avut un impact pozitiv asupra grupului.

În ce privește receptivitatea față de anumite tehnici experiențiale și răspunsul la anumite instrumente de provocare, a existat o preferință a grupurilor cu efect cert de creștere pentru tehnicile de profunzime transformativă, cum ar fi metafora.

Experiența cu grupurile de optimizare demonstrează că în dezvoltarea personală, coeziunea și creativitatea interpersonală sunt interdependente și constituie indicatori esențiali ai integrării holiste cu sine și cu lumea, ai evoluției și sănătății, ai eficienței individuale și sociale, deopotrivă.

#### • Terapia experiențială de grup și serviciile umane

Terapia experiențială de grup e legată de o **abordare holistică a serviciilor umane**. Clientul este văzut, în acest tip de abordare, în întregimea lui. Este văzut ca trup, minte și spirit. Aceste dimensiuni majore ale persoanei sunt văzute în interdependență. Centrarea procesului terapeutic respectă ierarhia nevoilor clientului, așa cum le-a văzut Maslow. Este vorba despre interdependența între dimensiunea fizică a persoanei, dimensiunea cognitivă și dimensiunea spirituală.

Interdependența nevoilor impune necesitatea unei echipe care să le abordeze și din această echipă poate face parte terapeutul experiențial, ca factori integrativ, catalizator și declanșator de resurse.

„Serviciile umane reprezintă un câmp interdisciplinar care are ca preocupare mediul extern și intern al persoanei.” (M. J O'Neill, 1984).

#### • Terapia experiențială de grup și interacțiunea esențială

Omul nu poate fi învățat spontaneitatea. Atât spontaneitatea cât și capacitatea de a iubi pot fi date la iveală printr-o interacțiune esențială. Uneori este necesară o astfel de interacțiune pentru ca omul să descopere că are capacitatea de iubire.

Oricare întâlnire cu celălalt este o posibilă interacțiune esențială. Ce transformă întâlnirea cu celălalt într-o interacțiune esențială? Este vorba tocmai de actualizarea posibilității de autocreație și de intercreație conținută în întâlnirea cu celălalt. A da la iveală noi dimensiuni, a reconstrui în celălalt dimensiuni care țin de „non existență” (Perls). Acesta este începutul autocreației, autodescoperirii prin celălalt. Este începutul drumului către omul creativ al lui Maslow.

În viața cotidiană interacțiunile esențiale apar mai mult sau mai puțin întâmplător. Există numeroase obstacole în calea întâmplării unor astfel de interacțiuni. Este vorba, în primul rând, despre teama profundă pe care o manifestă societatea în raport cu creativitatea.

Perls vorbește în acest sens despre o teamă epidemică a societății, de creativitate și spontaneitate. „Societatea pare să pună un premiu pe relațiile bazate pe ipocrizie și superficialitate.” (Schutz) În aceste condiții, șansele întâmplării unor interacțiuni esențiale scad foarte mult. Omul este condamnat la „persona”, în spațiul societății. În terapia experiențială de grup, **șansele întâmplării unor interacțiuni esențiale sunt crescute în raport cu șansele oferite de viața cotidiană**. Creșterea șanselor întâmplării unor interacțiuni esențiale înseamnă posibilitatea creșterii creativității interpersonale, autenticității: Eu mă autocreez prin celălalt și el se autocreează prin mine. Aceasta e valabil nu numai în cuplu (I. Mitrofan, 1989) ci și în familie și în societate.

În terapia experiențială de grup, omul condamnat la „persona” este **provocat la creștere**. Experimentul de tip provocativ îl pune pe individ față în față cu propria sa zonă tabu. Instrumentele de provocare (metafora, fantezia, mișcarea, culoarea) activează acele dimensiuni ce țin de zona tabu, atât de vulnerabilă a personalității individului, experimentarea acestor dimensiuni putând însemna **transformare**. Instrumentele de provocare creează posibilitatea unor interacțiuni esențiale care pot da la iveală bufonul ca și înțeleptul din fiecare, capacitatea de iubire, de restructurare, bărbatul ori femeia din noi, mereu perfectibili.

Cu ajutorul instrumentelor de provocare și al transformării prin metaforă, accesul la spontaneitate și autenticitate este sigur. Acesta este mecanismul prin care poate fi crescută creativitatea interpersonală în cadrul terapiei experiențiale de grup și al gestalt-terapiei în special.

Oricare dintre interacțiunile între membrii grupului sau dintre terapeut și membrii grupului sau dintre terapeut și client, este o posibilă **interacțiune esențială**, interacțiune care îl poate deplasa pe individ încă un pas către omul creativ al lui Maslow.

---

## Capitolul 10

---

# GRUPUL EXPERIENȚIAL CENTRAT PE PSIHODRAMĂ - UN MODUL DE OPTIMIZARE A DISPONIBILITĂȚILOR PENTRU CONTACT UMAN

*Victor Badea*

### CUPRINS

1. Perspective teoretice asupra psihodramei moreniene .....	276
1.1. Scurt istoric al psihodramei clasice .....	276
1.2. Specificul psihodramei moreniene .....	278
2. Terapia experiențială de grup și integrarea tehnicilor psihodramatice .....	280
2.1. Locul jocului de rol în cadrul tehnicilor experiențiale .....	280
2.2. Importanța metodei în antrenamentul formativ pentru contactul uman .....	283
3. Rezultatele unui experiment de optimizare personală prin terapie experiențială de grup centrată pe tehnici psihodramatice .....	288
3.1. Obiective .....	288
4. Evaluarea și validarea programului de optimizare experimentat .....	300
4.1. Rolul tehnicilor audio-vizuale .....	300
4.2. Prelucrarea statistică și interpretarea rezultatelor obținute la .....	300
instrumentele psihodiagnostice .....	301
4.3. Evaluarea rezultatelor obținute .....	306
4.4. Observații și concluzii practice .....	307

## 1. Perspective teoretice asupra psihodramei moreniene

### 1.1. Scurt istoric al psihodramei clasice

Dacă pentru Aristotel drama este o oglindă prin intermediul căreia se poate studia natura umană, el consemnând în premieră efectul cathartic al acțiunii dramatice asupra spectatorului, lui **Jacob Levy Moreno** îi revine rolul de a concepe o metodă structurată, psihodrama, în care beneficiar este, de această dată, actorul.

Născut în România, la București, pe 18 mai 1889, cel care avea să fie numit „părintele psihodramei, sociometriei și terapiei de grup” lasă în urma sa o metodă care azi își găsește largi aplicații profesionale în mediul clinico-terapeutic și în cel educativ-formativ. Are o copilărie neliniștită (la 6-7 ani familia sa se mută în Viena) și o tinerețe rebelă. Astfel, în 1912, după ce asistă la o lecție a lui S. Freud, cei doi se întâlnesc și Freud îl întreabă pe Moreno cu ce se ocupă. Acesta îi răspunde: „Ei bine, doctor Freud, eu încep acolo unde dumneavoastră terminați! Dumneavoastră întâlniți oamenii în decorul artificial al cabinetului, eu îi întâlnesc pe străzi și în casele lor, în mediile lor. Dumneavoastră le analizați visele, eu le dau curajul să viseze în continuare. Dumneavoastră le analizați și le descompuneți, eu consimt la a-și juca rolurile conflictuale și îi ajut în a-și compune părțile separate”. (Moreno, apud. Boria G., 1996, p. 27). De aici se poate extrage cu ușurință principiul psihodramei: viața ca model terapeutic (Ionescu G., 1990, p. 174). De altfel, Moreno afirmă că „psihodrama vieții mele a precedat psihodrama ca metodă. Am fost primul pacient al terapiei psihodramatice, protagonist și conducător în același timp” (Moreno, apud. Boria G., 1996, p. 9).

Psihodrama este o rezultată a preocupărilor lui Moreno pentru teatru, văzut ca modalitate terapeutică. Între 1921-1924 el descoperă valoarea cathartică și terapeutică a reprezentațiilor teatrale, și dă viață unui teatru improvizat: **teatrul spontaneității**. „El vedea în teatru decorul ideal pentru a întrupa fantasme intrapsihice și pentru a le pune în acțiune într-un mod care să le ofere valori ca acelea aparținând

lumii experienței sensibile: o lume care permite expresia, comunicarea, cunoașterea prin toate facultățile perceptive și care implică persoana și prin corporalitatea sa. Cu avantajul că în teatru toate acestea puteau să se îndeplinească fără riscurile și limitele impuse de realitatea cotidiană” (Boria G., 1996, p. 46). Teatrul permite transformarea imaginilor exprimate în mod obișnuit cu povestirea, în acțiune scenică. Datorită teatrului e posibil să se dispună de o scenă pe care să se întrușipeze niște imagini și să se interacționeze cu ele, să fie recunoscute prin percepție și, eventual, modificate. Moreno a ajuns să creeze o merodă psihoterapeutică parcurgând calea reprezentăției teatrale, metodă care permite **explorarea conținuturilor mentale prin punerea lor în scenă în loc ca ele să fie exprimate numai verbal**.

În 1924 Moreno publică ediția originală a ultimei lucrări mai cunoscute „Teatrul Spontaneității”. În această carte începe să prindă contur concepția lui cu privire la legătura dintre terapie și teatru. De asemenea, aici se face o referire specială la cele două concepte-cheie ale gândirii moreniene: **spontaneitate** și **întâlnire**. Moreno prezintă patru forme de teatru între care există o anumită interdependență: teatrul de conflict, teatrul spontaneității, teatrul terapeutic și teatrul creatorului.

**Teatrul de conflict** se naște din întâlnirea dintre teatrul pe scenă și teatrul publicului; are în acțiune doi poli: teatrul care caută să fixeze o artă dramatică bazată pe trecut și un teatru fondat pe principiile momentului. Teatrul pe scenă este teatrul trecutului, iar teatrul publicului este teatrul spontaneității. Aceste două forțe ostile, aduse la expresie, nasc un al treilea teatru: acela al conflictului. Actorii nu sunt unii din oamenii „oarecare”, oameni în abstract, ci sunt oamenii „noștri”, mamele și tații „noștri”, frații și surorile, prietenii, vecinii. Dramele în care ne găsim implicați nu sunt cele care se maturizează în mintea actorilor, ci acelea care se nasc din viața de zi cu zi în inima oamenilor simpli, mult înainte de a atinge sensibilitatea artiștilor.

**Teatrul spontaneității** este constituit din ceea ce se întâmplă „aici și acum” și din ceea ce se crează în timp ce viața se desfășoară.

Acesta este teatrul care conduce spre creativitate trecând prin imaginație și întâmplare spontană. Este vorba de o dramă totală: fiecare este parte din ea, ca actor și ca protagonist (Boria G., 1996, p. 55). „Toți cei prezenți în acest teatru se simt provocați și se transpun dintr-o stare de conștientă într-o stare de spontaneitate, din lumea faptelor concrete a gândurilor și sentimentelor concrete, într-o lume imaginară care cuprinde și realitatea în potențial (Moreno, apud. Boria G., 1996, p. 55). Este o situație în care se manifestă pe deplin spontaneitatea individului, mai ales atunci când este pus să joace roluri străine. Moreno vorbește chiar de un coeficient de spontaneitate care urmează coeficientul de inteligență al unei persoane.

**Teatrul terapeutic** permite să se reprezinte pe scenă fantasmele ascunse în minte, să le obiectiveze și să interacționeze cu ele. Conținuturile mintale devenite, în acest fel, obiect de experiență sensibilă, constituie o sursă de stimuli care provoacă percepții reale. Contextul liniștit în care se întâmplă reprezentația provoacă o stare de spontaneitate în persoană, permițându-i să trateze în mod creativ propriile conținuturi mentale și să le reinteriorizeze într-un mod mai potrivit noilor nevoi.

„În tulburările mentale, comportamentul spontan este înlocuit doar de comportamentul repetitiv. Anxietatea invadează persoana și o obligă la comportamente defensive care sunt stereotipe, repetitive, distrugătoare. Acolo unde este anxietate nu-și găsesc spațiul spontaneitatea și comportamentul creativ. Pentru a reface o stare de spontaneitate e necesar să se construiască o situație de mediu (în psihodramă avem o situație de grup) care să facă persoanele mai întâi să experimenteze sentimente de reținere și de protecție: sentimente care vor permite apariția unor senzații vechi de fuzionalitate. Cheia pentru a intra în forță deranjului mental este găsită de Moreno în experiența de relație, de fuziune cu altă persoană. Relația de fuziune lasă spațiul maxim spontaneității și predispune la un trai fără anxietate și faze succesive către separare și individualizare” (Boria G., 1996, p. 62).

**Teatrul creatorului** este forma de teatru care constituie baza autorealizării în fiecare din noi. Este văzut de Moreno ca un miracol continuu de „a face” în prezent; creația este mișcare, schimbare, existență. Este un proces neîntrerupt care privește pe fiecare din noi ca și creator (Marineau, apud. Boria G., 1996, p. 64).

Când cineva povestește o întâmplare, reală sau imaginară, face deja schița unei puneri în scenă. „Având intuiția genială că nu numai memoria și imaginația creează dramă, dar că jocul dramatic însuși poate adăuga note noi intrigii - petrecute aievea sau imaginare - Moreno a creat psihodrama. Este vorba, prin definiție, de o **tehnică de grup unde protagonistul, cu ajutorul celorlalți participanți și al „directorului” de psihodramă, pune în scenă o întâmplare din viața lui**.” În jocul dramatic i se vor releva trăsături noi ale situației, rămase până atunci oculte” (Anne C., 1996, p. 10).

Experimentând aceste forme de teatru, Moreno își pune la punct baza conceptuală a viitoarei metode. Două din conceptele-cheie ale psihodramei moreniene îi conferă acesteia individualitate în raport cu celelalte psihoterapii de grup: spontaneitate și întâlnire.

**Spontaneitatea** este înțeleasă ca o tendință naturală a conținuturilor noastre mentale de a ne organiza în forme adaptate, fie nevoilor interioare, fie cererilor realității. Pentru a se actualiza are nevoie de un mediu facilitator. Facilitarea este determinată mai ales de relația empatică cu „alții”, capabili să transmită un sentiment de încredere în sine și în ceilalți. Spontaneitatea este o stare interioară (prezentă în mod variabil și care oricum se schimbă în continuu), care pune individul în condiția de a-și folosi propriile înzestrări de creativitate. Conceptul de creativitate apare ca nedetașabil de cel de spontaneitate, însă Moreno face o distincție între aceste două concepte legate reciproc, dar diferite. **Creativitatea este o potențialitate legată de genotip: nu toți cei în stare de spontaneitate identică pot fi la fel de creativi**. Spontaneitatea poate fi indusă, în timp ce creativitatea poate doar să fie verificată. Noi focalizăm interesul asupra dinamicii spontaneității pentru că numai starea de spontaneitate poate fi stimulată sau facilitată în mod conștient și numai datorită ei putem



ajunge la creativitate (Marineau, apud. Boria G., 1996, 56). „Împreună, **creativitatea și spontaneitatea**, reprezintă - după Moreno - **principiile universului mental și social** fiind prezente pretutindeni: în jocul dintre două persoane, dintre persoane și lucruri, dintre persoană și opera sa, dintre o societate și altă societate. Spontaneitatea nu operează în vid, ci fie asupra creativității, fie asupra modelelor culturale. Energia psihologică înmagazinată în individ și eliberată prin intermediul spontaneității, devine material de construcție pentru actul interpersonal” (Golu P., 1974, 207).

Fără spontaneitate, creativitatea rămâne „fără viață”, intensitatea ei vitală crește sau scade proporțional cu participarea ei la spontaneitate.

Pe de altă parte, fără creativitate, spontaneitatea este „goală și sterilă” (Moreno, apud. Boria G., 1996, p. 76). Spontaneitatea, prin urmare, face pe individ capabil să se organizeze în mod autonom, așa încât să fie adecvat fie nevoilor interne, fie cererilor externe. **Intervenția terapeutică asupra unui individ constă în a-i face posibilă o stare de spontaneitate care să-i declanșeze un astfel de proces de autoorganizare.**

**Întâlnirea** pune în valoare situațiile interpersonale drept agenți primari pentru dezvoltarea personalității, atât în perimetrul normalității psihologice, cât și în cel al patologiei. Întâlnire înseamnă mai mult decât un vag raport interpersonal. Înseamnă că două sau mai multe persoane se întâlnesc nu numai pentru a se pune una în fața celeilalte, dar și pentru a trăi și a face o experiență reciprocă. Nu înseamnă o întâlnire profesională (o consultație la un medic) ci o **întâlnire a două persoane**. Într-o întâlnire, cele două persoane sunt prezente în spațiu cu toate forțele, slăbiciunile și defectele lor, doi actori umani care se vor înfirbânta de spontaneitate, doar în parte conștienți de scopurile lor reciproce” (Boria G., 1996, p. 31). Valoarea terapeutică a întâlnirii stă în relația interpersonală empatică ce se stabilește între terapeut și pacient, relație ce facilitează apariția unei stări de spontaneitate și stimulează creativitatea.

## 1.2. Specificul psihodramei moreniene

Cea mai bună definiție a psihodramei este, desigur, cea pe care o dă Moreno: „... știința care studiază adevărul prin metode dramatice... Ea se ocupă de relațiile interpersonale și de lumea interioară a individului.” (Chesner A., 1994, p. 115). Este „metoda care, prin acțiune, conferă autenticitate sufletului” (Moreno, apud. Ionescu G., 1990, p. 173).

Încă de la început, s-a afirmat ca o alternativă la psihanaliza clasică. Dacă în terapia psihanalitică, instrumentul principal este relația verbală, „psihodrama are ca element de bază jocul scenic, prin care individul interpretează diverse roluri sociale, reale sau imaginare, ceea ce permite exprimarea liberă și spontană a cauzelor ce au dus la dereglarea lui psihică și socială” (Golu P., 1974, p. 366).

În psihodramă, **problemele pot fi revelate și reexperimentate** ca o cale prin care participanții pot examina cum situații trecute îi afectează uneori, cum le pot încă influența comportamentul. Limitele verbalizării sunt depășite prin mișcare, prin acțiune. **Acțiunea este „ușa deschisă” prin care conflictele trec în expresivitatea mimico-gestuală și jocul dramatic.** Prin joc de rol individul poate învăța abordări ale unor situații și roluri noi, pe care le poate aplica apoi în viață.

**Conceptul de rol** are o însemnătate deosebită pentru psihodrama. Moreno îl definește astfel: „Forma actuală și palpabilă pe care o poate lua sinele individual, ... mod de funcționare pe care individul îl asumă într-un moment specific, când reacționează la o situație specifică, în care alte obiecte sau fenomene sunt implicate” (Chesner A., 1994, p. 114).

Originea acestui concept trebuie căutată în tradiția dramatică, dar Moreno îl aplică în viața de zi cu zi. El descrie trei grupe de roluri: psihosomatice, sociale, psihodramatice.

- Rolurile psihosomatice evidențiază felul cum individul funcționează la nivel fizic, de exemplu: „somnoros”, „mâncăcios, lacom”, „neîngrijit”.

- Rolurile sociale descriu individul în relație cu alții, de exemplu: „mamă neprimitoare”, „frate vitreg competitiv”, „profesor confident”.

- Rolurile psihodramatice există mai mult ca niște imagini interne ale sinelui în relație cu alții, care nuanțează interacțiunile noastre actuale, de exemplu: „victimă, acuzat”, „fată bună”, „om care nu prezintă încredere” (Chesner A., 1994, p. 115).

În teoria lui Moreno, **rolurile se pot schimba de la caz la caz, în acord cu contextul, specificul și obișnuințele individului.** Unele roluri dezvoltă mai mult decât altele. Aceasta este tendința anumitor roluri ce devin rigide, servind mai bine în anumite situații, iar în altele dovedindu-se disfuncționale și problematice. Un număr mare de roluri mai puțin familiare pot fi jucate în afara sau în cadrul spațiului terapeutic. Astfel, într-un scenariu psihodramatic, „actorul” poate juca rolul unei persoane implicate în existența sa, învățând cum funcționează aceasta în rolul respectiv. Mai departe, individul respectiv poate aplica în viață noile roluri experimentate.

„Jocul de rol este personificarea unei forme de existență străine cu ajutorul jocului... Este o formă particulară de joc... El constă în a pune indivizii (actorii) în diverse situații, în roluri străine de eul lor și de viața lor particulară” (Moreno, apud. Zlate M. și Zlate Camelia, 1982, p. 95). În dezvoltarea repertoriului de rol, individul are un mare grad de libertate în alegerea fiecărui moment. Spontaneitatea în raport cu rolul este un concept de bază al teoriei lui Moreno despre rol.

„Moreno analizează jocul de rol, în principal, sub două aspecte: **ca metodă experimentală, de diagnostic**, de apreciere cantitativă și calitativă a comportamentelor desfășurate în raport cu o cultură dată, relevând gradul de diferențiere la care a ajuns o cultură determinată la un individ și interpretarea dată de el culturii respective; **ca metodă terapeutică**, tinzând spre ameliorarea relațiilor dintre oameni, spre schimbarea formulei sociometrice a unui individ în urma jucării rolurilor, spre creșterea gradului de adaptabilitate la viața socială a grupului” (Zlate M. și Zlate Camelia, 1982, p. 95).

Într-o ședință de psihodrama moreniană se succed **trei momente distincte: încălzirea, reprezentarea scenică și discuția finală.**

**Încălzirea** este faza inițială, în timpul căreia conducătorul de joc depune eforturi pentru a se produce o ambianță de spontaneitate, prin activități specifice și prin discuții cu membrii grupului. Primul factor de încălzire pentru spontaneitate este raportul empatic cu o altă persoană, care se găsește deja într-o stare de spontaneitate. Terapeutul care folosește metodologia psihodramatică trebuie, pentru a acționa în mod eficace, să aibe un acces ușor la propria spontaneitate.

**Reprezentarea scenică** este faza intermediară în care o persoană din grup (protagonistul), exteriorizează conținuturile sale mentale prin punerea lor în scenă în colaborare cu Eul său auxiliar.

**Discuția finală** încheie ședința de psihodramă, la acest moment participând întreg auditoriul. Fiecare din cei prezenți comunică protagonistului ce imagini și emoții a suscitât în ei reprezentarea acestuia.

Rolurile în psihodramă sunt bine delimitate, pe scenă urmând să evolueze: protagonistul, Eul auxiliar, conducătorul terapeutic și auditoriul.

**Protagonistul** este acel membru care, cu colaborarea conducătorului terapeutic, al Eul-urilor auxiliare și al auditoriului, este angajat să exploreze pri acțiune, propria lume intrapsihică.

**Eul auxiliar** poate fi oricare din membrii grupului, ales de protagonist pentru a juca un rol în reprezentarea ce se desfășoară pe scenă.

**Conducătorul** este terapeutul-șef, promotorul acțiunii, „regizorul” reprezentației, analistul materialului emotiv pe măsură ce apare.

**Auditoriul** este reprezentat de ceilalți membrii, care, atunci când a apărut un protagonist, se retrag în spațiul (numit și el auditoriul) rezervat celor care nu sunt implicați direct în reprezentație.

O realizare valoroasă a lui Moreno este punerea la punct a unor **tehnici psihodramatice**, care au fost preluate și adaptate de un număr mare de orientări terapeutice. Esențiale pentru specificul psihodramei, sunt următoarele tehnici:

- **inversiunea de rol** este tehnica prin care o persoană joacă rolul alteia, cu care, de obicei,

interacționează în viața de zi cu zi. Moreno afirmă că „experiența interioară simultană a două roluri opuse are o mare valoare terapeutică” (Ionescu G., 1990, p. 181);

- **dublul** - tehnica prin care o persoană (conducătorul terapeut sau un membru al grupului), identificându-se cu protagonistul exprimat (dublează) ceea ce acesta nu reușește să pună în cuvinte. Dublura poate sta în spatele protagonistului sau poate mima comportamentul acestuia. Pătrunzând mai profund în psihologia pacientului, acest Ego auxiliar acționează ca și cum ar fi acea persoană, ajutându-l pe pacient să sesizeze și să conștientizeze propriile-i probleme.

- **oginda** este tehnica prin care protagonistul privește din afară o scenă în care el este implicat, în timp ce un alter ego interpretează comportamentul protagonistului încercând să exprime sentimentele lui, prezentându-i-le ca într-o oglindă. Percepându-se prin intermediul unei imagini oferite de altul, individul își descoperă aspecte care până atunci i-au fost necunoscute.

Psihodrama constituie un modalitate eficientă de exprimare a conflictelor interpersonale, „un mijloc neanxiogen, deoarece exteriorizarea se face într-un mod ludic” (Norbert S., 1995, p. 245), și în același timp „lucid”. Grație acestui fapt subiectul se înțelege și se transformă în același timp când el se recunoaște. **Se utilizează nu numai ca tehnică terapeutică, ci și ca mijloc de perfecționare personală.** Metodă de cercetare și diagnostic a personalității, jocul liber oferă cercetătorului posibilitatea de a înregistra gândurile, sentimentele, dispozițiile și preocupările subiectului și astfel, de a-și forma o imagine asupra structurii lui sufletești, a particularităților de tip normal și patologic” (Popescu-Neveanu P., 1978, p. 569).

Psihodrama se poate utiliza „ca adjuvant al altor metode de psihoterapie sau ca parte a unui program complex de resocializare.

Aplicațiile psihodramei au în vedere unele programe de instruire în vederea relațiilor interumane, în care oamenii trebuie să învețe moduri eficiente de funcționare în situații de viață reale. Ea permite cunoașterea și învățarea unei game largi de abilități comportamentale

necesare integrării armonioase în variate grupuri sociale” (Ionescu G., 1990, p. 183).

## **2. Terapia experiențială de grup și integrarea tehnicilor psihodramatice**

### **2.1. Locul jocului de rol în cadrul terapiei de grup experiențiale**

• **Combinarea tehnicilor și modalităților „privilegiate”**

În psihoterapia experiențială de grup se utilizează o gamă variată de tehnici, accentul căzând nu pe tehnica în sine, ci pe **responsabilitatea** individului, oferindu-i-se acestuia posibilitatea de se implica activ în procesul de **autovindecare**. Vom aduce în discuție câteva din elementele de specific ale tehnicilor experiențiale, pentru a sublinia modul în care se înscrie jocul de rol pe direcția scopurilor vizate de acestea.

O parte din aceste tehnici își propune clarificarea sentimentelor și gândurilor. Prin intermediul fanteziei, o persoană își poate clarifica elementele psihologice implicate într-un conflict interior. Atunci când individul trebuie să ia o decizie, această tehnică îl ajută să conștientizeze sentimentele și gândurile implicate. Persoanei aflate în dificultate, i se cere să personifice elementele psihologice ale conflictului. Pentru aceasta, trebuie să-și imagineze în interiorul său doi oameni, între care există un dialog. Fiecare din cei doi, încearcă să-l convingă pe celălalt. În final, unul din ei va câștiga. Elementele psihologice implicate în conflict, iau chipul mamei, tatălui, profesorului sau al unui prieten. Unele persoane „nu văd” pe nimeni în fantezia lor, în schimb „aud” vocile celor imaginați. Alte persoane, se imaginează pe ele însele în cei doi oameni. Această tehnică, permite producerea de insight-uri cu privire la „spațiul interior”.

În „lucrul cu corpul”, individul trebuie să se concentreze asupra posturii, stării de tensiune a corpului, poziției și mișcării mâinilor, senzației resimțite la nivelul stomacului. Concentrarea asupra corpului și asupra emoțiilor relaționate cu această poziție, are ca rezultat

extensia conștientizării de sine. Oamenii pot învăța să recepționeze și să decodifice mesajele corpului.

Combinând „lucrul cu corpul” și „lucrul la nivel imaginativ”, se pot clarifica sentimentele pe care le au oamenii, unii față de alții, precum și **doza de contact cu care ei se simt confortabil**. Sunt tehnici de autocunoaștere și autoînțelegere care, în același timp, permit **creșterea capacității de a realiza contacte umane**. Aceasta înseamnă **creșterea autoaprecierii și a încrederii în propria capacitate de a realiza contact**.

Unele tehnici, permit creșterea capacității de a-și înțelege pe ceilalți, **a capacității de a empatiza** cu ei. Membrii grupului trebuie să imite postura unei persoane, și să încerce să simtă ceea ce simte persoana respectivă. Pot fi imitate și alte aspecte: repetarea cuvintelor și a inflexiunilor vocii, imitarea expresiei faciale sau a râsului. După consumarea exercițiului, are loc o discuție între cel care a imitat și cel care a fost imitat, discuție care poate clarifica sentimentele implicate în această experiență. Se poate facilita atât cunoașterea altora, cât și autocunoașterea și manifestarea perseverenței în relațiile interpersonale. Fiecare va încerca să-l înțeleagă pe celălalt, să învețe „cum să dea” și „cum să ia”, să învețe să **dezvolte o relație creativă cu celălalt**. Se crează astfel, condițiile ca fiecare participant să învețe să se exprime pe sine și să învețe să primească modul în care se exprimă celălalt, în așa fel încât să se pună bazele creării unei relații. Timpul permis pentru aceste activități (între treizeci și șaiszeci de minute), vine în sprijinul depășirii dificultăților de relaționare. Regula este ca participanții să încerce să facă față situațiilor dificile, apărute în relaționarea cu celălalt, ceea ce este contrar comportamentului lor obișnuit, comportament de evitare și retragere. Cerința de a continua dialogul, indiferent de dificultatea relației, îi pune în situația de a găsi noi modalități de a aborda dificultățile, modalități care nu au fost folosite înainte sau au fost folosite foarte rar.

Adesea, doi oameni încearcă să-și explice sentimentele verbal, încearcă să explice o anumită situație sau încearcă să se explice pe ei

înșiși, dar nu reușesc. Această lipsă de înțelegere este cauzată de **lipsa de congruență cu ei înșiși și conflictele care rezultă de aici**. Fuga de propriile lor sentimente sau încercarea de a le ascunde, sunt efecte ori a lipsei de familiaritate cu aceste sentimente, ori a intelectualizării. În cazul intelectualizării, **cuvintele sunt folosite în mod defensiv**. Eliberarea oamenilor de „greutatea cuvintelor” permite sentimentelor reale să iasă la suprafață. Pentru aceasta, în grupurile experiențiale sunt utilizate **tehnici de comunicare nonverbală**. În acest mod are loc **clarificarea sentimentelor**. După ce sentimentele au fost clarificate, se poate folosi din nou comunicarea verbală pentru că, de această dată, cuvintele vor fi folosite pentru exprimarea sentimentelor clarificate și nu pentru apărare. Așadar, verbalizarea nu este totdeauna defensivă. Comunicarea verbală care urmează unei clarificări nonverbale, este de altă natură decât verbalizarea folosită în scop defensiv.

Tehnicile nonverbale sunt foarte eficiente și în cazul problemelor legate de **nevoia de control**. Ele au la bază **conversia sentimentelor în mișcare fizică**. Aceste tehnici oferă membrilor grupului ocazia de a-și mobiliza și exterioriza întreaga energie. Ei își pot **clarifica sentimentele legate de putere, de competiție sau eficiență**. Practicarea lor, permite revelarea propriilor resurse, conștientizarea capacității de a face față problemelor sale cu competență. În cadrul acestor activități, se oferă participanților posibilitatea de a face lucruri pe care în trecut le considerau peste capacitățile lor. Ei descoperă că pot face față „dușmanului imbatabil”. Toate aceste descoperiri au ca efect întărirea propriului Eu și îmbunătățirea imaginii de sine.

Schutz (1969) descrie o **situație în care poate fi utilizată tehnica psihodramatică în grupul de terapie experiențială**. Dacă unul din membrii grupului a pierdut în copilărie o persoană foarte importantă, acesta poate avea dificultăți în relațiile sale ca adult. Tehnica psihodramatică poate fi utilă în depistarea acestor dificultăți. În acest caz se folosesc tehnica alter-egoului și tehnica schimbării rolului. Protagonistului i se cere să aleagă dintre membrii grupului pe cineva care, pare să semene cu persoana pierdută.

Cu acest membru al grupului, el va încena o întâlnire cu persoana pierdută. Dacă persoana pierdută este decedată, el va merge în rai să o întâlnească. Jocul de rol debutează cu o convorbire în care este vorba despre sentimentele pe care protagonistul le are față de persoana pierdută. După o perioadă de joc de rol, protagonistului i se cere să comunice dacă persoana care interpretează rolul persoanei pierdute face față acestui rol. Dacă protagonistul nu este sigur de acest lucru, se va folosi tehnica schimbării rolului.

**Tehnica schimbării rolului** se utilizează de câte ori se urmărește ca protagonistul să simtă ceea ce simte altă persoană. Din cadrul grupului se aleg persoane care să fie alter-ego. Rolul lor este de a sta în spatele interpreților principali și de a spune, la momentul potrivit, lucruri pe care ei cred că interpreții principali le simt, dar nu le spun.

De obicei, combinarea acestor două tehnici, alter-ego și schimbarea rolului, permite protagonistului și celorlalte persoane implicate să conștientizeze principalele elemente ale problemei cu care el se confruntă. Protagonistul poate alege singur actorii cu care va interpreta jocul de rol. Dacă protagonistul e capabil să interpreteze două roluri în același timp, se poate utiliza tehnica scaunului gol.

Jocul de rol ocupă un loc aparte printre tehnicile utilizate în psihoterapia gestaltistă a lui Fritz Perls. Ideea de la care pleacă acesta susține că omul este un *întreg*, o unitate alcătuită din părți inter-relaționate (senzații, percepții, emoții, gânduri), fiecare parte putând fi înțeleasă numai în contextul întregii persoane. Pentru ca omul să devină ceea ce poate fi cu adevărat, el trebuie să aibă conștiința integralității sale. Calea către integrarea părților componente în cadrul personalității este *conștientizarea* prezentului, trăirea experienței „aici și acum”. Conștientizarea este o sursă sigură de informații și ghidează individul spre o evaluare certă a propriilor sale experiențe, evitând explicațiile și interpretările. Ea include cunoașterea mediului, acceptarea responsabilității pentru alegerile făcute, autocunoașterea, autoacceptarea.

Atunci când diferitele părți ale eului se află în conflict, pacientul este invitat de terapeut să joace rolul fiecărei părți, prezentând pe rând punctele de vedere ale acestora. Jocul continuă până când se ajunge la un consens. Aceasta este tehnica scaunului gol.

„Perls încurajează pacientul să se angajeze într-un joc de rol între fețele discrepante ale personalității sale, sau va ruga pacientul să povestească un vis, și apoi să lase fiecare parte a visului să vorbească despre sine. Pacientul va exterioriza fiecare detaliu al visului, făcându-l o persoană, un scaun, o parte a corpului, o casă” (Cohn R.C., 1970, p. 165)

Scopul este reunirea diferitelor părți ale viselor, care nu sunt decât fragmente ale personalității pacientului.

Perls consideră că multe din percepțiile noastre sunt proiecții. „Un pacient poate spune: *Nu am încredere în tine...* Alt pacient se poate plânga terapeutului: *Nu ești cu adevărat interesat de mine. Făci acest lucru pentru bani* (Perls F., Abraham L., 1970, p. 233).

În această situație, pacientul este invitat să-și joace proiecția și apoi este întrebat dacă aceasta nu este o posibilă trăsătură a lui.

O modalitate prin care terapeutul gestaltist abordează anumite simptome sau deficiențe, este să ajute pacientul să manifeste un comportament exagerat, care reprezintă în mod obișnuit opusul impulsurilor sale. Pentru a realiza acest lucru se folosește **tehnica inversării**. Astfel, „dacă pacientul pretinde că suferă de **inhibiție** sau **timiditate excesivă**, va fi rugat să joace rolul unui **exhibiționist**. Făcând acest lucru, cu anxietate, el realizează contactul cu acea parte a sinelui ce a fost de multă vreme ignorată. Sau poate, pacientul va dori să lucreze cu altă extremă: **sensibilitatea la criticism**. Va fi rugat să joace rolul unui ascultător foarte atent la tot ce i se spune, în special critică, fără să manifeste dorința de a se apăra.” Un pacient neasertiv și prea drăguț, va fi invitat să joace rolul unei persoane necooperante și disprețuitoare (Perls F., Abraham L., 1970, p. 234).

În grupurile de psihoterapie experiențială, tehnicile utilizate nu constituie un cadru „dat” în care să fie abordate problemele membrilor grupului. Terapeutul alege acea tehnică sau acea combinație de tehnici care servește cel mai bine intereselor și nevoilor din grup.

Jocul de rol își păstrează calitatea de mijloc „privilegiat” de exprimare a Eu-lui, fiind utilizat atât în autocunoaștere și autoînțelegere, cât și în cunoașterea și acceptarea celorlalți. Experimentând situații noi, individul acumulează elementele experiențiale necesare construirii unor modalități acționale eficiente, în relațiile cu sine și cu cei din jur.

## 2.2. Importanța metodei în antrenamentul formativ pentru contactul uman

Personalitatea, „realitatea complexă și dinamică a fiecăruia dintre noi”, este o realitate „zămislită”, „construită progresiv de către om prin încorporarea dimensiunilor sociale” (Zlate M., 1994, p. 55-57). Procesul sinuos al devenirii personalității presupune, printre altele: a deveni conștient de lume, de sine și de alții; integrarea armonioasă și utilă în colectivitate; a te pune în valoare, pentru a fi recunoscut de alții (Zlate M., 1994, p. 126-127). Relațiile interpersonale sunt expresia omului definit ca ființă socială, care nu se poate forma niciodată ca personalitate, izolat de semenii lui. Conștiința de sine înseamnă să știi ce reprezinti pentru tine, dar și pentru alții, și acest lucru se realizează „numai prin raportarea critică la propriile acte de conduită, la propriile dorințe și plăceri, prin compararea cu alții: aplicarea la sine a acelorași criterii, condiții și îngrădiri (respectiv, permisiuni) pe care individul le aplică altora” (Mihai Golu, 1993, p. 31).

Devenind conștient de sine, de propriile sale posibilități și limite, individului îi va fi mai ușor să se pună în valoare, să se facă recunoscut de alții. Aceasta înseamnă și o bună integrare în grupul social, înțeles nu doar ca un „refugiu”, ci ca un mijloc de de satisfacere a unor importante nevoi sociale (afiliere, afirmare, realizare de sine, protecție, securizare, siguranță etc.) (Zlate M., 1994, p. 127). „În orice relație, în măsura în care aceasta se structurează și se derulează într-un context social,

protagoniștii emit reciproc exigențe și expectații, își fixează obiective și scopuri, își elaborează opinii și aprecieri unul despre celălalt, se întâmpină cu încredere sau suspiciune, se apropie sau se îndepărtează, își facilitează sau își frânează reciproc atingerea scopurilor, se respectă sau se disprețuiesc, se simpatizează sau se urăsc, reciproc sau unilateral, se consideră pe poziții de egalitate sau de subordonare și dominare unul față de celălalt, etc. În orice relație interumană nu numai se manifestă, dar se și elaborează conținuturi psihice (cognitive, afective, motivaționale) și patternuri comportamentale, astfel încât se poate afirma fără teama de a săvârși o eroare metodologică gravă, că personalitatea există, se formează și se manifestă în și prin relaționare” (M. Golu, 1993, p. 21-22).

Una din marile probleme ale societății contemporane este realizarea contactelor umane. După Schutz (1969), dificultatea în realizarea acestor contacte, este generată în primul rând de existența normelor sociale în spațiul cărora se integrează puține modalități de a realiza contacte. Presiunea exercitată de aceste norme, poate avea ca efect renunțarea la contacte și alienarea persoanei. Schutz consideră că la baza formării relațiilor interpersonale stau trei nevoi importante. Luând în considerare aceste nevoi, se pot contura metode prin folosirea cărora se poate obține îmbunătățirea relațiilor interpersonale. Autorul se referă la **nevoia de apartenență, nevoia de control și nevoia de afecțiune**.

**Nevoia de apartenență** este nevoia care apare foarte devreme în viața unui grup. Această nevoie este legată de procesul de formare a grupului. Procesul de formare a grupului implică procesul de intrare în contact. Nevoia de apartenență este foarte ridicată la unele persoane, în timp ce la alte persoane este mai scăzută. O persoană la care nevoia de apartenență este scăzută tinde către introversiune și retragere. În mod conștient, acest tip de persoană impune distanță între ea și ceilalți, susținând că nu dorește să-și piardă intimitatea prin contactul cu ceilalți. Totuși, la nivel inconștient, ea dorește foarte mult ca ceilalți să-i acorde atenție. Cea mai mare teamă a ei este aceea că ceilalți o vor ignora și o vor părăsi.



Inconștientul acestei persoane spune: „Nu este interesat de mine, așa că nu voi risca pentru a fi ignorat. Voi sta departe de oameni și nu mă voi baza decât pe mine înșami”. Se observă, în acest caz, o puternică **tendință către autosuficiență, ca tehnică de a exista fără ceilalți**. În spatele izolării sale stă sentimentul că **ceilalți nu o vor înțelege**.

Cea mai mare teamă a persoanei cu nevoie scăzută de apartenență decurge din propria **image de sine**; ea se consideră fără valoare. Această image de sine se bazează pe raționamentul că, dacă nimeni nu a considerat-o până acum ca fiind demnă de atenție, înseamnă că e lipsită de valoare. Se pare că teama de izolare și de abandon este cea mai puternică teamă manifestată în relațiile interpersonale.

Persoanele cu nevoie crescută de apartenență au tendința către extroversie. Acest tip de persoană găsește omul ca fiind o ființă extraordinară. El dorește ca ceilalți să-l caute permanent și-i este teamă că ceilalți îl vor ignora. Are, așadar, aceeași teamă inconștientă ca și persoana retrasă. Reacția persoanei cu nevoie scăzută de apartenență, la teama inconștientă de abandon, este diferită de reacția persoanei cu nevoie crescută de apartenență la aceeași teamă. Ultimul tip de persoană are următoarea atitudine inconștientă: „Chiar dacă nimeni nu este interesat de mine, îi voi face pe oameni să-mi acorde atenție prin orice mijloc voi putea”. Este tipul de persoană care nu suportă singurătatea. El își structurează activitatea în așa fel încât să fie cu ceilalți, să fie făcută „împreună”. Comportamentul persoanei sociofile încearcă să atragă atenția; ea forțează grupul să-i acorde atenție. Există o **tehnică foarte subtilă pentru a forța grupul, care are la bază ori acumularea de putere (controlul), ori încercarea persoanei de a se face plăcută (afecțiunea)**.

Pentru indivizii la care nevoia de apartenență a fost satisfăcută în copilărie nu există probleme în ceea ce privește interacțiunea cu ceilalți. Ei se simt bine și în singurătate și cu ceilalți, pot participa sau nu la grup, sunt capabili de o puternică angajare, însă, în același timp, se pot retrage dacă consideră că este necesar. Inconștient, ei știu că sunt persoane valoroase.

### Nevoia de control

Odată ce grupul s-a constituit, apare diferențierea. Diferiți oameni, adoptă diferite roluri și din acest moment, lupta pentru putere, competiția devin probleme centrale în cadrul grupului. Este vorba de confruntare.

Nevoia de control variază de-a lungul unui continuum, care are la o extremă dorința de putere și control în raport cu alții și la cealaltă extremă nevoia de a fi controlat, corelată cu fuga de responsabilitate. Astfel, în funcție de nevoia de control, deosebim două tipuri de persoane: la o extremă, tipul cu o nevoie scăzută de control („abdicatul”), iar la cealaltă extremă tipul cu o nevoie crescută de control („autocratul”).

„**Abdicatul**” tinde către supunere și abdicare de la putere și responsabilitate; el adoptă poziția subordonatului care nu are nici o responsabilitate în luarea deciziilor, această sarcină căzând în seama altora. În mod conștient, el dorește ca ceilalți să-l elibereze de obligații. El nu-și va exercita controlul asupra altora nici atunci când va avea ocazia, de exemplu, el nu-și va lua responsabilitatea nici în situația în care este singurul adult într-o școală în flăcări. Abdicatul nu va lua niciodată o decizie atâta timp cât altcineva o poate lua în locul lui. Marea lui teamă este ca ceilalți nu-l vor susține în luarea deciziei, astfel responsabilitatea lui crescând. Acest tip de persoană este, de obicei, un executor de ordine, este cel mai loial locotenent, rareori luându-și responsabilitatea pentru a lua decizia finală. Inconștient, are sentimentul că este incapabil să-și asume responsabilități de adult. El se simte incompetent și iresponsabil; a evita ce este dificil constituie comportamentul lui obișnuit. În spatele acestui comportament se află ostilitatea și lipsa de încredere în ceilalți.

„**Autocratul**” se dorește vârful unei ierarhii create de putere; el este competitorul, este cel care caută puterea. Marea lui teamă este că oamenii nu se vor lăsa controlați de el, existând riscul ca el să fie cel dominat. Motivația inconștientă a comportamentului „autocratului” este aceeași ca și a „abdicatului”. „Autocratul” are sentimentul că este incapabil de a fi responsabil de ceva și îi este teamă că ceilalți vor afla.

Astfel, el încearcă tot timpul să infirme incapacitatea lui de a lua decizii, gândindu-se: „Nimeni nu crede că pot lua decizii pentru mine însumi, dar le voi arăta eu. Voi lua, întotdeauna, decizii pentru ceilalți”. Acest mod de a gândi este întemeiat pe o mare neîncredere în oameni, neîncredere în capacitatea lor de a lua decizii, precum și pe presupunerea că ceilalți nu au încredere în el.

Pentru individul care și-a rezolvat în copilărie conflictele legate de control, puterea și controlul nu reprezintă o problemă. El se va simți bine și în situația de a da ordine, și atunci când nu o face. La nivel inconștient, el știe că este o persoană capabilă să-și asume responsabilități și că nu este necesar să demonstreze permanent acest lucru. Față de „abdicat” și „autocrat”, nu este obsedat de propria neputință, de propria incompetență.

**Nevoia de afecțiune**, apare în ultima fază de dezvoltare a unui grup, implicând formarea de legături emoționale. Dacă în faza de incluziune oamenii decid să se întâlnească unii cu alții, iar în faza de control se încearcă rezolvarea problemei, în faza de afecțiune se cristalizează legăturile afective pe baza cărora se pot întemeia relații de lungă durată.

Având în vedere nevoia de afecțiune, putem deosebi două tipuri extreme de persoane. La o extremă se află tipul caracterizat de **tendința de a evita implicarea într-o relație la nivel profund**. În mod conștient, ei doresc menținerea distanței emoționale față de ceilalți și se simt confortabil atunci când și ceilalți fac la fel. Însă, la nivel inconștient își doresc o relație afectivă care să-i satisfacă; ei nu doresc să se implice emoțional, dar trăiesc cu teama că nimeni nu-i va iubi vreodată. În cadrul unui grup ei sunt marcați de teama de rejecție. Această persoană are mari dificultăți în a-i plăcea o persoană și nu are încredere în sentimentele manifestate de ceilalți față de el. Atitudinea acestui tip de persoană poate fi exprimată astfel: „Relațiile bazate pe afecțiune pot fi foarte dureroase fiindcă ele implică rejecția. O să fac tot posibilul ca să evit acest tip de relație pe viitor”. El reușește să țină distanța emoțională în primul rând, printr-o „tehnică directă”, care constă în evitarea și rejecția oamenilor.

Folosind această tehnică, el reușește să prevină implicarea emoțională, chiar cu riscul de a deveni un izolat. În al doilea rând, folosește o „tehnică subtilă”, care constă în a te împrieteni superficial cu toată lumea. Specifică pentru acest tip de persoană este convingerea că ea nu poate fi iubită. Consideră că, dacă oamenii o vor cunoaște, o vor evita, deoarece vor descoperi trăsăturile unei persoane pe care este imposibil să o iubești. La acest tip de persoane există o permanentă anxietate, anxietatea de afecțiune. Dacă anxietatea de incluziune se referă la lipsa de valoare a persoanei, iar anxietatea de control se referă la iresponsabilitate, anxietatea de afecțiune se referă la convingerea unei persoane că are trăsături care nu permit să fie iubită de cineva.

La cealaltă extremă se află tipul caracterizat de **tendința de a deveni extrem de apropiat de ceilalți**. Individul care face parte din această categorie are pretenția ca și ceilalți să-l trateze în același mod în care îi tratează el. La nivel inconștient, el „raționează” astfel: „Prima mea relație afectivă a fost foarte dureroasă. Dacă încerc din nou poate că lucrurile vor merge bine de data asta”. A fi plăcut de ceilalți are o extremă importanță pentru el. Ca și celălalt tip extrem de persoană, are anxietate de afecțiune, legată de convingerea că el nu poate fi iubit. Comportamentul determinat de această anxietate este diferit la cele două tipuri. În cazul tipului cu tendință excesivă de apropiere există tot două tehnici pentru a se face plăcut: tehnica directă constă în încercarea de a câștiga aprobarea celorlalți, iar tehnica subtilă, mai manipulativă, constă în comportament posesiv care implică „pedepsirea” subtilă a partenerului, ori de câte ori încearcă să-și facă noi prieteni.

Pentru indivizii care și-au rezolvat în copilărie conflictele legate de nevoia de afecțiune, implicarea emoțională, nu este o problemă. Ei se simt confortabil și în relațiile care necesită implicarea emoțională dar și în cele care necesită distanță emoțională. Bineînțeles, a fi plăcut e important și pentru ei, dar pot accepta faptul de a nu fi plăcut de o persoană.

Referindu-se la experiența de grup, Zinker (1976) consideră că aceasta este în același timp și una individuală. La nivelul proceselor de

grup, contactul este experimentat ca sens al unicătăii individului, al diferențierii între fiecare membru al grupului și ceilalți și, de asemenea, în scopul găsirii unor similarități. Într-un grup în care sunt stimulate contactele între membrii, o persoană retrasă va căpăta conștiința sinelui în relație cu alții, își va putea manifesta creativitatea și va putea experimenta strategii pe care să le aplice în diverse situații. Prin contactul cu ceilalți, oamenii devin conștienți de rolul pe care-l au și realizează că rolurile lor există și sunt definite de faptul că alți oameni s-au acomodat la ele. În grup se aduc experiențe de viață, oferindu-se oportunitatea ca fiecare să se descopere pe sine și să se înțeleagă într-o realitate socială. Experimentând în grup se poate dezvolta experiența fiecărei persoane. **Sarcina grupului este de a experimenta situații din viața curentă:** conflicte intra și interpersonale, aspirații, realizarea unei mai bune comunicări. Utilizând imaginația, creativitatea și spontaneitatea grupului, fiecare experimentează situații diverse, obținând atât rezolvarea problemelor personale cât și creșterea propriilor disponibilități.

În acest context, al experienței de grup, **jocul de rol își dovedește valențele sale de instrument de sondare a capacității de relaționare interumană și de metodă de formare psihologică și psihosocială.** „Cel puțin două împrejurări din viața socială reală implică cu necesitate apelul la jocul de rol, ca instrument de sondare nu doar a capacității de transpunere a unui individ în pielea unor personaje diverse, dar și a celei de relaționare interumană.

Prima derivă din aceea că deși numărul virtual al rolurilor pe care le-am putea juca este foarte mare, practic nelimitat, numărul rolurilor pe care le jucăm este mai restrâns, practic limitat. De multe ori omul ar vrea să fie ceea ce nu este, să joace roluri care nu-i aparțin, cel puțin până la un anumit moment dat. Jocul de rol dă posibilitatea intrării mai devreme, mai repede în posesia diferitelor roluri sociale, ca și pe cea a satisfacerii dorințelor adulților de a se comporta într-un anume fel, determinat.

Cea de-a doua împrejurare costă în aceea că uneori, datorită lipsei unor informații corespunzătoare despre anumite roluri, apare, fie și temporar, ori tendința de blamare sau de subapreciere,

ori cea de exagerare, de supraapreciere a semnificațiilor rolurilor sociale... Alteori, omul îndeplinește cu mare rigurozitate anumite prescripții ale propriului rol, devine prizonierul lor și, ca urmare, incapabil să înțeleagă și să traducă în comportamentul său și alte prescripții ale aceluiași rol social. Un profesor care se comportă rigid, dogmatic, autoritar, rece, distant, nu va putea înțelege, cu atât mai puțin accepta, alte prescripții ale rolului său de profesor, cum ar fi: flexibilitatea, căldura comportamentului, apropierea și cooperarea relațională etc. Jocul de rol ar putea facilita înțelegerea corectă și a altor roluri sociale decât cele pe care la deținem. De asemenea, el ne-ar putea scoate din „chingile” prescripțiilor rolului interpretat adeseori greșit sau unilateral, dându-ne posibilitatea să achiziționăm noi modalități comportamentale.

...Jocul de rol își dezvăluie și alte virtuți, îndeosebi ca metodă de formare psihologică și psihosocială a membrilor grupurilor, cu largi aplicații în cele mai diverse domenii ale vieții sociale (industriale, comerciale, pedagogice etc.) și cu finalități de ordin educativ (sensibilizarea și pregătirea oamenilor pentru viața de grup, educarea lor pe direcția înțelegerii altora, facilitarea contactelor interpersonale etc.) (Zlate M., Zlate Camelia, 1982, p. 94 -96).

Unul din aspectele cele mai importante, care condiționează **procesul formării oamenilor în scopul înțelegerii altora și al facilitării contactelor interpersonale**, îl constituie **antrenarea empatiei** înțeleasă ca reprezentând „conduita retrăirii stărilor, gândurilor, acțiunilor celui alt, de către propria persoană prin intermediul unui proces de transpunere substitutivă în psihologia partenerului” (S. Marcus, 1997, p. 17).

Stroe Marcus (1997) desprinde câteva funcții de bază cu consecințe benefice în adaptarea psihologică a personalității umane.

**Funcția cognitivă** vizează faptul că prin transpunerea psihologică în sistemul de referință al altuia se realizează un act de cunoaștere empirică a partenerului, act utilizat cu sau fără intenție de orice persoană în relația interpersonală.

**Funcția anticipativă** rezultă nemijlocit din funcția cognitivă și presupune efectuarea unei predicții corecte a posibilului comportament al

partenerului și implicit o anticipare a strategiei de comportament al celui ce empatizează.

**Funcția de comunicare** este legată de nevoia de empatie coroborată de cele mai multe ori cu nevoia de dialog, cu schimbarea temporară a propriei perspective cu a celui alt, „ca o condiție a unei benefice comunicări interpersonale”. Comunicarea de tip empatic favorizează un comportament cooperant, de înțelegere reciprocă între parteneri.

**Funcția de contagiune** afectivă se referă la faptul că punerea temporară în situația celui alt, atrage după sine un proces de contaminare a stării celui alt.

**Funcția performanțială** este cea prin care empatia favorizează realizarea cu succes a unei activități ce implică relații interpersonale. În această ipostază, empatia însăși dezvoltă un nivel superior de manifestare, asigurând retrăirea stărilor, gândurilor și acțiunilor celorlalți, în felul acesta „mijlocind atingerea unor performanțe înalte în profesii ce reclamă relații interpersonale”.

Văzută prin prisma funcțiilor sale, se poate conchide că empatia „favorizează procesul adaptării sociale a personalității, având un rol major în întreținerea relațiilor interpersonale, în abordarea unor atitudini tolerante, de ascultare și înțelegere a motivelor și stărilor partenerilor, ca o condiție necesară a unei benefice comunicări interpersonale” (S. Marcus, 1997, p. 27-28).

Într-o viziune predominant formativă, S. Marcus consideră empatia un „fenomen perfectibil, supus influențelor spontane în procesul percepției interpersonale sau comunicării implicite cu ceilalți, sau al exercitării unei profesii cu cerințe de interacțiune, dar și supus unor antrenamente dirijate, unor programe de învățare și perfecționare a conduitei empatice. Prin urmare, fie experiențial, prin practica conviețuirii sau a jucării unor roluri sociale, fie prin modalități formative, organizate în mod specific, empatia se structurează, se organizează, se „maturizează”, devenind un instrument operațional eficient în structura de personalitate socializată” (S. Marcus, 1997, p. 77).

O serie de autori apreciază că dezvoltarea capacității empatice este direct dependentă de posibilitatea de însușire a rolurilor, de contactare a unor relații sociale bogate, de trăire a situațiilor sociale diversificate care să permită frecvente preluări de roluri, de stabilire a unor relații de comunicare intimă cu coloratură afectivă puternică, de analiză a motivelor acțiunilor proprii și ale altora (A.E. Weinstein, 1973; G. Mead, 1934 apud. Marcus S., 1997, p. 77).

Există preocupări privind punerea la punct a unor programe de antrenare a conduitei empatice. Astfel, s-au făcut progrese în privința sistemelor de antrenament empatic la persoanele care reclamă prezența acestei capacități în activitate. În această direcție, W.F. Shaffer și T.J. Hummel (1979) propun un antrenament empatic pentru consilierii psihologi: un program necesar pentru începători, în vederea câștigării unui control rapid asupra comportamentului empatic.

În privința **antrenamentului terapeuților și al locului ocupat de empatie în această pregătire**, Carl Rogers apreciază că **orice începător, pe lângă însușirea tehnicilor specifice de terapie, trebuie să se supună unei experiențe terapeutice pentru a cunoaște trăirea pe care o încearcă subiectul, făcându-l mai empatic față de acesta.**

Ceea ce este important de observat, notează S. Marcus (1997) este „faptul că în cadrul empatiei sunt implicate la nivel individual o serie de predispoziții care se constituie ca un fundament necesar, cu program ereditar peste care se clădește viitorul comportament empatic și care se organizează pe măsura dobândirii unei experiențe, în practica socială, ca și pe măsura instituirii unui antrenament dirijat”.

În literatura de specialitate, sunt citate exemple de programe pentru deprinderi de ajutor interpersonal.

Irina Holdevici (1996) afirmă că „aceste programe sunt destinate terapeuților și altor categorii de persoane care doresc să ajute oamenii pentru a le crește propria eficiență în calitate de susținători ai celorlalți. Ele cuprind, de pildă, deprinderi de sfătuire, de răspuns activ, de interpretare a celor spuse de pacient, deprinderi de interogare, de tăcere, de acordare a unei atitudini încărcate de căldură afectivă.

Acestea nu sunt altceva decât „ingrediente” ale psihoterapiei.

Metodele de antrenare a acestor deprinderi psihologice de viață au la bază modele oferite de teoria învățării cât și de psihologia clinică. Ele se caracterizează prin:

1. Participarea activă a clientului sau a celui care este instruit (psiholog, profesor, asistentă medicală) în procesul învățării.

2. Presupun acordarea unei atenții deosebite conceptualizării și formalizării unor comportamente specifice (interioare și exterioare), stăpânirii și fixării acestor comportamente.

3. Programele se bazează pe respectarea principiilor învățării: modelare, observare, discriminare, întărire și generalizare etc.

4. Fiecare program cuprinde elemente didactice și elemente experiențiale.

5. Programele sunt bine structurate

6. Obiectivele sunt clare și precise

7. Programele sunt înregistrate și se transmit sub formă de feed-back-uri.

În cadrul acestei orientări, psihoterapeutul devine mai mult un profesor decât un medic, problemele clientului fiind abordate mai degrabă ca niște comportamente dezadaptative decât ca simptome, pacienții fiind considerați capabili să-și direcționeze propriul proces de învățare și nu să primească în mod pasiv tratamentul.

Se pornește de la premisa că fiecare subiect (pacient) are în el însuși o serie de disponibilități latente, iar psihoterapeutul trebuie să fie suficient de abil pentru a-l ajuta să aducă la lumină aceste disponibilități, înlăturând obstacolele, care stau în calea autorealizării persoanei.

Abordând problemele clientului ca deprinderi deficitare și dându-i acestuia instrumentul de a corecta respectivele deficite, psihoeducatorul îl ajută să-și ia răspunderea propriului tratament și prin extindere a propriei sale vieți. De pildă, un client care a învățat niște strategii de rezolvare a unor probleme de viață devine mai capabil să rezolve problemele proprii apărute în diverse situații decât un client care a rezolvat o singură problemă cu un psihoterapeut.

Cheia succesului acestei abordări psihoterapeutice educaționale constă în aceea că se

acordă respect clientului, capacității acestuia de a-și propune scopuri și de a le atinge” (I. Holdevici, 1996, p. 221-222).

### **3. Rezultatele unui experiment de optimizare personală prin terapie experiențială de grup centrată pe tehnici psihodramatice**

#### **3.1. Obiective**

##### **Obiectiv teoretic**

*Acest program și-a propus evaluarea valențelor formative ale tehnicilor psihodramatice, utilizate ca tehnică centrală în psihoterapia experiențială de grup, pentru optimizarea disponibilităților relaționale ale viitorilor profesioniști în relațiile umane.*

##### **Obiective practice**

- 1). Creșterea încrederii în sine, a spontaneității și expresivității personale.
- 2) Optimizarea capacităților de autocunoaștere, relaționare și comunicare.
- 3) Antrenarea empatiei în relațiile interumane.

#### **3.2. Ipoteze**

##### **Ipoteza generală**

Având în vedere că în psihoterapia experiențială de grup se urmărește valorificarea potențialului de care dispune fiecare membru al grupului și că tehnicile psihodramatice permit experimentarea unor situații din viața reală, ne-am așteptat ca prin acest program de optimizare a disponibilităților relaționale, să obținem o creștere a scorurilor la acei parametri care definesc disponibilitatea de relaționare, relevată prin diferențe statistice semnificative între testarea inițială și cea finală și susținută prin autoevaluarea subiecților.

În acest scop, am stabilit următoarele ipoteze de lucru:

- 1). Am presupus că în urma aplicării acestui program, vom obține o diferență statistic semnificativă între medii, la acele scale ale Inventarului de Personalitate California (C.P.I.), care indică afirmarea persoanei, siguranța de sine și adecvarea interpersonală (aflate în prima grupă a profilului C.P.I.).

2). Cunoscând faptul că prin jocul de rol se realizează o transpunere a subiectului în psihologia diferitelor „personaje”, n-am așteptat să obținem o creștere semnificativă a capacității empatice a subiecților, înregistrată prin intermediul Chestionarului de empatie emoțională Mehrabian-Epstein.

#### **3.3. Selecția subiecților**

Selecția membrilor grupului de optimizare s-a realizat pe bază de voluntariat, fiind vizați studenții anilor II și III ai secțiilor Facultății de Sociologie, Psihologie, Pedagogie din cadrul Universității București. Astfel, studenții care au dorit să participe, au completat un formular de înscriere, care cuprindea următoarele rubrici: nume, prenume, vârsta, sexul, secția unde este înscris, adresa și motivele pentru care dorește să participe la acest program.

Pentru formarea grupului, am selecționat din cei înscrși, zece subiecți, conform următoarelor criterii:

- exprimarea dorinței de a-și optimiza capacitățile de relaționare, comunicare, autocunoaștere și încrederea în sine;
- interesul declarat pentru pregătirea profesională.

Am exclus de la selecție persoanele care argumentau dorința de a participa la acest program de optimizare prin curiozitate sau pentru că își imaginău că va fi ceva interesant. Am urmărit în acest fel, selecționarea acelor subiecți care să asigure grupului omogenitatea sub aspectul compatibilității între nevoile membrilor grupului și scopurile pentru care acesta a fost format.

#### **3.4. Instrumentele de evaluare**

Pentru a evalua efectele acestui Program de optimizare asupra participanților, am utilizat următoarele instrumente psihodiagnostice: Inventarul de Personalitate California (C.P.I.), Chestionarul de empatie emoțională Mehrabian-Epstein și o Fișă de autoevaluare.

**Inventarul de Personalitate California (C.P.I.)** cuprinde 18 scale împărțite în patru grupe cu semnificații psihologice (M. Minulescu, 1996).

Prima grupă cuprinde acele scale care indică mai ales dimensiunile personalității ce intervin în afirmarea persoanei: siguranța de sine, imaginea de sine și adecvarea interpersonală, dominanța, capacitatea de statut, sociabilitatea, prezența socială, acceptarea de sine, starea de confort sau bine psihic.

A doua grupă cuprinde scale care indică opțiunile valorice și maturitatea interpersonală, astfel: responsabilitatea, socializarea, autocontrolul, toleranța, tendința de a face o bună impresie și alinierea la modelul comun sau comunalitatea.

A treia grupă de scale măsoară mai ales nivelul motivațional în sensul potențialului de realizare personală și al focalizării pe valori intelectuale: realizarea prin conformism, realizarea prin independență și eficiența intelectuală.

A patra grupă cuprinde scale ce surprind unele modalități intelectuale, ce modelează un stil interpersonal, astfel: scalele de intuiție psihologică, flexibilitate și feminitate.

Am apelat la acest instrument de evaluare deoarece, prin construcție, este destinat normalității psihice și, în special, pentru că această normalitate înseamnă persoana, nu în ipostaza ei statică, ci în cea reală, dinamică, adică în interrelaționare. Conform autorului, Harrison Gough, acest test este creat pentru subiecți normali, fără tulburări psihiatrice. Scalele sale se adresează în primul rând acelor caracteristici ale personalității care sunt importante pentru conviețuirea socială și relaționare interpersonală. Are o largă aplicabilitate, fiind intens utilizat în evaluarea educațională și vocațională pentru problematica din școli și colegii sau din acele institute medicale și birouri de consiliere care sunt axate pe probleme de neadecvare socială.

**Chestionarul de empatie emoțională (Q.M.E.E.)** aparține lui A. Mehrabian și N. Epstein. Acest instrument surprinde fenomenul de activare a capacității de substituire emoțională, ce oferă o tendință generală de a fi activat în situații diferite, ca măsurând relația empatică.



Chestionarul cuprinde 33 de afirmații cu care subiectul poate fi sau nu de acord, aceste afirmații reprezentând subscale intercorelate care măsoară aspectele relaționale ale empatiei emoționale. Subscalele se referă la: susceptibilitatea la contagiunea emoțională (ex. „Oamenii din jur au o mare influență asupra dispozițiilor mele sufletești”);

- aprecierea emoțiilor unei persoane necunoscută sau îndepărtată (ex. „Oamenii singuratici sunt probabil neprietenoși”);

- reactivitatea emoțională extremă (ex. „Uneori, cuvintele unui cântec de iubire mă pot impresiona până la lacrimi”);

- tendința de a fi impresionat de experiențele negative ale altora (ex. „Mă tulbură să văd oameni plângând”);

- tendința de simpatizare (ex. „Copii mici plâng uneori fără motiv”);

- dorința de a fi în contact cu cei care au probleme (ex. „Când un prieten începe să-mi vorbească despre problemele lui, eu caut să schimb vorba”).

Răspunsul la fiecare afirmație poate fi dat pe scală de la +4 (acord foarte puternic) la -4 (dezacord foarte puternic). Totodată, pentru a se putea calcula scorul total al capacității de empatie emoțională, se ține seama că la unele afirmații se răspunde cu semnul (-) iar la altele cu semnul (+). Rezultatul se obține calculând suma algebrică, numai după ce experimentatorul schimbă semnul la o serie de afirmații (semnul - devine + și invers). Proba permite, în final calcularea unui scor total de empatie emoțională.

Scorul total se poate situa între -132 și +132 de puncte, și se înscrie în următoarele categorii:

Scorul obținut	Categoria	Nivelul de empatie
între -132 și -33	1	neempatic
între -33 și +33	2	slab empatic
între +33 și +66	3	mediu empatic
între +66 și +99	4	bun empatic
între +99 și +132	5	extrem empatic

Fișa de autoevaluare cuprinde o serie de întrebări care se referă la efectele programului de optimizare, așa cum le-a perceput fiecare, asupra sa, asupra altor membrii ai grupului și asupra grupului în ansamblu, vizând atât aspecte pozitive cât și negative. De asemenea, fiecare subiect trebuie să se autoevalueze, pe o scală de la 0 la 4, în funcție de 20 de parametri, în două momente: înainte de începerea programului de optimizare și la sfârșitul lui.

### 3.5. Structura modulului de optimizare a disponibilităților relaționale

Am optat în concretizarea acestui program de optimizare a disponibilităților relaționale, pentru o strategie experiențială. Prin caracteristicile sale, grupul experiențial corespunde în cea mai mare măsură nevoilor membrilor săi de se autoafirma, de a se perfecționa sub aspect relațional, prin experimentarea unor modalități de interacțiune sinceră și deschisă.

Pe de o parte, am vizat crearea unei atmosfere în care fiecare să se simtă acceptat, prin promovarea comunicării libere, prin atenția acordată în mod egal și valorizarea experienței fiecărui membru al grupului.

De altfel, acestora le-a fost făcut cunoscut faptul că participă la un experiment de „creștere” împreună, cu scop formativ atât pentru ei, cât și pentru cei care urmau să conducă programul de optimizare, (tineri terapeuți, supervizați de specialistul formator, coordonatorul programului de psihoterapie experiențială. I. Mitrofan, 1996-1997).

Pe de altă parte, am avut în vedere că grupul în sine este un factor terapeutic. Elementele terapeutice pe care le-am vizat, considerând grupul un factor terapeutic, sunt: comuniunea afectivă întâlnită în grup, fiecare conștientizând ca nu este singurul care prezintă o anumită problemă; impresia, care se transformă apoi în convingere, că ceilalți prezintă disponibilitatea și dorința de a-l ajuta; creșterea auto-stimei prin posibilitatea de a-i ajuta pe alții; atmosfera securizantă a grupului, din care a fost exclusă orice atitudine impusă; posibilitatea reevaluării sau abandonării distorsiunilor cognitive prin feedback-ul grupului cu valențe corective; posibilitatea de a adopta și experimenta (fără teama că va risca) noi atitudini,

conduite și comportamente, pe care nu și le-a permis în experiența anterioară; feedback-ul pe care îl oferă grupul asupra comportării lor interpersonale.

#### 3.5.1. Tehnicile utilizate

În acest program de optimizare a disponibilităților relaționale am utilizat următoarele tehnici: tehnica jocului de rol, tehnici experiențiale de grup și tehnica audio-vizuală.

**Tehnica jocului de rol** a constituit tehnica centrală în acest program. Aceasta presupune ca subiectul să „se joace pe sine” sau să joace rolul unei persoane apropiate, o anumită perioadă de timp, „ca și cum” situația ar fi reală.

• Prin intermediul acestei tehnici pot fi atinse mai multe obiective:

- observând modul în care pacientul joacă, terapeutul poate primi informații cu privire la natura și extensiunea problemei pacientului, cu privire la modul în care acesta operează, gândește sau simte (metodă de psihodiagnostic);
- urmărindu-i pe ceilalți cum joacă roluri, pacientul învață să abordeze diverse situații (modalitate de instruire);
- angajându-se în jocul de rol, pacientul poate obține un insight cu privire la el însuși și poate învăța să-și controleze mai bine sentimentele și să dezvolte noi abilități de a face față existenței (modalitate de antrenament). Tehnica presupune ca pacientul să joace o perioadă de timp ca și cum situația ar fi reală. Deoarece în timp ce joacă, subiectul gândește, simte, acționează în interacțiune cu stimulii psihosociali, jocul de rol acționează la toate nivelele importante: cognitiv, afectiv, comportamental. El îl implică pe individ total, fiind o reprezentare apropiată de viață. Alte caracteristici ale jocului de rol sunt: prezintă observatorilor un tablou în legătură cu modul în care se comportă subiectul în situații reale; datorită caracterului dramatic, fixează atenția asupra problemei; permite individului să se perceapă pe sine în acțiune, fiind în același

timp neutru; reprezintă o metodă naturală de a asimila diferite deprinderi de viață.

În acest experiment am utilizat următoarele variante :

- jocul de rol direct, caracterizat prin aceea că persoana își joacă propriul rol;
- jocul de rol inversat, în care cel în cauză joacă rolul unei persoane cu care interacționează în viața reală;
- tehnica oglinzii, care presupune ca subiectul să privească în timp ce alte persoane joacă scena în care acesta este implicat.

Pentru a reduce anxietatea și a crește gradul de implicare în jocul de rol am utilizat la începutul ședinței un scenariu metaforic.

**Scenariul metaforic** este o tehnică indirectă, provocativă, bazată pe mecanismul analogiei și proiecției, ceea ce permite dezvoltarea și conștientizarea unor probleme ale subiectului. (Iolanda Mitrofan, 1997). Scenariile metaforice structurează jocul de rol și îl transpun într-o zonă a imaginarului care nu prezintă pentru subiectul în cauză nici un risc.

Vom prezenta în continuare scenariile utilizate:

• **Călătoria.** „Imaginați-vă că tocmai v-ați urcat într-un tren pentru a face o călătorie. Fiecare vine dintr-o lume, o lume pe care numai el o cunoaște și pe care o lasă în urmă pentru a se îndrepta spre alta. În tren v-ați întâlnit cu toții pentru prima oară, deci nu vă cunoașteți. Pe rând, fiecare călător își va spune povestea lui. Va descrie lumea din care vine, ce ia cu el de acolo și ce lasă în urmă, care sunt motivele pentru care o părăsește, cum este lumea spre care se îndreaptă și care sunt așteptările lui în legătură cu ea. Apoi ne va spune ce simte față de ceilalți călători”

• **Construcția.** „Împreună veți construi ceva care să reprezinte grupul vostru. Puteți folosi pentru aceasta orice obiect doriți din această cameră. Regula este ca voi să realizați această construcție fără să vorbiți între voi.”

După ce membrii grupului termină „construcția”, liderul invită pe unul din membrii grupului să spună ce a construit el acolo și cum a colaborat cu ceilalți din grup.

După aceasta, protagonistul va alege din construcție obiectul care îi place cel mai mult și liderul îi va invita să „treacă” în locul obiectului respectiv. Trainer-ul va juca rolul unei persoane care tocmai a ajuns la locul respectiv și va intra în dialog cu „obiectul” (în fapt, subiectul care l-a ales).

• **Magazinul magic.** „Imaginați-vă că există undeva, pe un tărâm magic un magazin cu calități umane. Puteți găsi aici orice calitate umană doriți și puteți cere cât vreți, deoarece nu există prețuri. Dacă doriți, puteți lăsa în schimbul celor cerute atât cât doriți din ce aveți voi în surplus, sau lucruri de care nu mai aveți nevoie și vă deranjează. Există o singură problemă: fiind pe un tărâm magic, magazinul nu este accesibil decât personajelor din basme. Fiecare din voi, va trebui să aleagă un personaj dintr-o poveste, care să vină la magazin și să ceară acele calități pe care le doriți.”

Trainer-ul, care joacă rolul celui care gestionează „magazinul magic”, va intra în dialog cu personajele, jucate de persoanele respective. În final, fiecare participant spune ce simte și cum gândește o persoană care posedă acele calități (Tehnica a fost preluată și adaptată după E. Leventon, 1992, p. 101).

• **Peisajul.** „Începeți să vă plimbați prin cameră, în orice direcție doriți... Închipuiți-vă că sunteți elementele unui început... Rând pe rând, fiecare dintre voi va deveni elementul unui peisaj. Atunci când cineva se hotărăște ce element al peisajului va fi, își va alege un loc, va lua poziția respectivă și va aștepta... Acum începe să bată vântul... Vântul bate prin peisajul nostru...”

Acum răsare soarele. Deasupra peisajului nostru strălucește soarele... Dintr-o dată începe să plouă. Acum plouă peste peisajul nostru... Ploaia a încetat și de sub ape apare pământul. „Peisajul” ia contact cu pământul... Sunteți elementele unui peisaj viu, un peisaj care trăiește. Ce se întâmplă oare cu voi?...”

Fiecare „element” va spune povestea evoluției lui. Liderul grupului încurajează interacțiunea între „elementele” peisajului.

• **Lumea ideală.** Membrii grupului desenează împreună, pe o singură planșă, o lume ideală, în care și-ar dori să trăiască.

Protagonistul va intra în rolul unui personaj din acest desen, și va purta în dialog cu celelalte „personaje” și cu trainer-ul.

**Tehnici experiențiale de grup.** Am utilizat din suportul tehnic al Pogramului de Psihoterapie Experiențiale de grup „Aici și acum” (I. Mitrofan și grupul SPER, 1996-1997), acele tehnici care permiteau manifestarea expresivității personale:

• **Tehnici de lucru cu corpul (metafora corporală):**

- tehnica „sculpturală”: participanților li se cere să construiască cu corpurile lor un grup statuar. Pentru aceasta, unul din membrii grupului va fi baza statuii, ceilalți urmând să i se alăture, adoptând orice poziție doresc. Participanții nu trebuie să vorbească între ei. O parte din membrii grupului vor rămâne observatori. Cei care formează grupul statuar, sunt instruiți să se concentreze asupra poziției și stării de tensiune a corpului lor, asupra sentimentelor și gândurilor pe care le încearcă în acel moment. Analiza se face începând cu cei care au fost observatori, după care fiecare „parte a statuii” va spune „povestea” ei, aducând în discuție starea pe care a experimentat-o în acele momente;

- în diadă: fiecare membru al diadei, pe rând, va exprima prin postură starea emoțională pe care o experimentează în acel moment. Celălalt va imita postura partenerului, încercând să simtă ceea ce simte partenerul său.

• **Tehnici de comunicare nonverbală:**

- în diadă: partenerii vor sta față în față. Fiecare, pe rând, va încerca să afle cât mai mult despre celălalt, punându-i întrebări la care va primi numai răspunsuri nonverbale;

- în cerc: salut nonverbal și transmiterea unui mesaj nonverbal de rămas-bun.

• **Tehnici de familiarizare a participanților între ei și cu spațiul camerei unde se va derula programul (utilizate în prima ședință):**

- exercițiul numelui: fiecare membru al grupului își va spune numele, cum dorește să i se spună în grup și câteva lucruri care îl caracterizează.

Apoi, fiecare va învăța numele celor din grup, cu ajutorul unui obiect care se transmite de la un membru al grupului la altul. Cel care primește obiectul, își va spune numele;

- familiarizarea cu spațiul camerei.

• **Tehnici de ascultare activă (utilizate de trainer):**

- parafrizarea: a transpune în propriile cuvinte ceea ce crezi că tocmai s-a spus, pentru a înțelege ceea ce vrea să spună celălalt și pentru a-l ajuta să treacă peste blocaje;

- clarificarea: a pune întrebări pentru a afla informații suplimentare în scopul formării unei imagini asupra discuției și a-l face pe celălalt să înțeleagă că ești interesat de mesajul său;

- autodezvăluirea: a vorbi despre reacțiile tale, a-ți face cunoscute gândurile și sentimentele tale fără să dai impresia că judeci, oferind celeilalte persoane posibilitatea să înțeleagă efectul comunicării sale. În felul acesta celălalt poate corecta erorile și poate afla un nou punct de vedere asupra problemei în discuție.

• **Tehnica audio-vizuală** constituie unul din elementele-cheie al derulării acestui program. Suportul audio-vizual a constat dintr-un un aparat de filmat, un videorecorder și un aparat TV. Prin intermediul acestei tehnici am urmărit:

- oferirea posibilității membrilor grupului de a-și analiza și, în funcție de situație, corecta diferite aspecte ale manifestărilor lor comportamentale;

- feedback pentru grup și pentru lideri privind evoluția membrilor grupului;

- posibilitatea ca acest program să fie supervizat de către coordonatorul științific;

- utilizarea materialului filmat pentru evaluarea finală a programului.

### 3.5.2. Desfășurarea programului

Programul s-a derulat timp de 12 săptămâni, cu frecvența de o ședință pe săptămână. Durata unei ședințe a fost de 90 de minute. Locul de desfășurare al programului a fost o cameră amenajată special în acest sens,

fiind utilată cu accesoriile necesare (suport audio-vizual, scaune). Conform procedurii de lucru în grup, am lucrat în echipă (terapeut-coterapeut, împreună cu psiholog Diana Vasile, coordonați de prof. dr. Iolanda Mitrofan).

Instrumentele de evaluare, respectiv Inventarul de Personalitate California și Chestionarul de empatie emoțională Mehrabian-Epstein, au fost aplicate la începutul și la sfârșitul Programului de optimizare. În plus, la ședința finală am aplicat fișa de autoevaluare. Materialul filmat a fost analizat și utilizat ca baza pentru corecțiile formative ale psihoterapeuților, în cadrul sedintelor de supervizare. Menționăm că tehnicile utilizate au fost în prealabil aplicate și psihoterapeuților, în grupul formativ, de către supervisor. Programul s-a desfășurat astfel pe principiul „ștafetei” experiențiale.

### 3.6. Dinamica grupului experiențial și reacția la tehnicile utilizate

Pentru a prezenta modul cum a evoluat grupul de la prima la ultima ședință, am prelucrat materialul filmat în timpul ședințelor de optimizare. În acest sens, am considerat operativă o prezentare globală a dinamicii grupului, care să conțină principalele coordonate ale modului cum s-au integrat subiecții în grupul de optimizare și reacțiile lor la tehnicile utilizate.

Criteriile după care am sistematizat materialul filmat, sunt următoarele:

- atmosfera în grup;
- nivel de participare al subiecților;
- manifestarea inițiativelor;
- disponibilitatea de a oferi suport emoțional;
- coeziunea grupului;
- reacția la tehnicile utilizate.

Am exclus din această prezentare reacția subiecților la tehnica audio-vizuală, pe care o vom trata separat.

De asemenea, în acest subcapitol vom prezenta doar reacțiile subiecților față de tehnică în sine, urmând ca modul efectiv de lucru cu tehnicile utilizate să fie abordat într-un subcapitol ulterior

În linii generale, pot fi delimitate trei momente importante în evoluția grupului experimental, pe care le-am denumit: de tatonare, de acomodare și de creștere.

### Faza I (de tatonare)

Această primă fază cuprinde ședințele de început (1-3).

Atmosfera din grupul experimental a fost una „încărcată”, caracterizată de ușoară anxietate și o „prezență afectivă” redusă din partea subiecților. Cel puțin în primele două ședințe, a fost nevoie de o mobilizare a resurselor de suport afectiv ale liderilor pentru a crea o atmosferă „caldă”.

Nivelul de participare la activitatea din cadrul ședințelor a fost relativ scăzut, fiecare participant încercând să-și îndeplinească „sarcina” cât mai repede, fără un aport personal. La întrebări se răspundea, de obicei, scurt și fără comentarii.

Inițiativa era preluată cu întârziere, uneori apărând momente de tăcere oarecum jenantă pe care trebuia să le întrerupem, preluând noi discuția.

Deși familiarizarea între participante\* a evoluat treptat, am observat manifestarea rezistenței la autodezvăluire, aceasta fiind superficială în cele mai multe cazuri.

Nu se poate discuta de o coeziune a grupului în această primă fază, acest aspect fiind compensat însă prin acceptarea declarată a ideii că lucrând împreună putem câștiga toți. Astfel, de la început am sesizat o „bunăvoință” oarecum „de fațadă”, dar care, exprima în fond disponibilitatea de a lucra în grup.

Reacția subiecților la tehnici a purtat amprenta unui anumit conformism, de unde și o spontaneitate redusă și blocaje în comunicare. Am observat „activarea” puternică a „rolului de școlar”, adică cineva care trebuie să asculte și să învețe. Intrarea în rol se făcea cu un anumit grad de dificultate, iar expresivitatea era redusă la majoritatea participantelor. S-a putut constata că centrarea pe experiența imediată se făcea cu greutate, existând la membrele grupului tendința de a vorbi despre experiențe trecute sau despre experiențele altor persoane. Trebuie remarcat că un rol deosebit de important în depășirea acestei situații l-au avut acei subiecți care au manifestat o inhibiție mai redusă și o mai mare disponibilitate de a-și comunica trăirile, constituind adevărate „resurse” pentru grup.

Începând cu ședința a treia, odată cu adâncirea familiarizării între participante, starea afectivă a grupului a început să capete valențe pozitive. Autodezvăluirile au făcut ca fiecare să conștientizeze faptul că celelalte au „probleme” asemănătoare și s-a creat prin aceasta un prim nivel al intimității grupului. S-a putut întări astfel un sentiment de securitate în grup, ce a influențat creșterea inițiativei în comunicare și o mai bună implicare în jocul de rol. Ca urmare, au apărut primele conștientizări în legătură cu trăirile experiențiale.

### Faza II (de acomodare)

Această fază, ce cuprinde ședințele 4-6, este caracterizată de manifestarea unor fenomene „paradoxe”, cel puțin la prima vedere.

Pe de o parte, a crescut nivelul de participare al membrilor grupului, comunicarea sinceră înlocuind treptat „bunăvoința de fațadă”. Pe acest fundal, s-a ajuns la o „egalizare” a prestațiilor membrilor grupului. Cele care în prima fază au manifestat rețineri, au devenit mai dezinvolve, mai deschise la autoexplorare și autodezvăluire, ceea ce a dus la scăderea puternică a anxietății de relație. Din partea unor subiecți s-a manifestat receptivitate pentru problemele altora și dorința de a oferi suport afectiv.

Pe de altă parte, pe acest fond al deschiderii și autodezvăluirii, a început să se manifeste un fenomen de „autodelimitare”, exprimat prin înfruntări de intensitate mică și medie, care au provocat în anumite momente o atmosferă încordată, tensionată.

Credem că acesta este un fenomen „paradoxal” doar la prima vedere. În esență, este un fenomen normal, atâta vreme cât urmează după o perioadă în care autodezvăluirile au făcut să fie conștientizate o multitudine de aspecte comune. Este posibil ca acest lucru să fi creat o senzație de „dizolvare” a propriei identități în uniformitatea grupului și care, mai departe, a provocat o fază de „repliere”. Aceasta s-a manifestat în planul discuțiilor printr-o tendință de a-și afirma puternic propriile opinii, dublată de o toleranță „de compromis” față de pozițiile celorlalte participante. În aceste condiții, unele membre ale grupului au suferit ușoare frustrări.

\* Menționăm că acest grup a fost format din 10 participante, de sex feminin (N.A.).

Luat în ansamblul său, acest fenomen s-a soldat cu câștiguri în planul evoluției grupului. Astfel, s-a produs o dinamizare a vieții de grup, a crescut spontaneitatea în exprimare și mai ales autenticitatea participării. Am constatat o mai mare responsabilitate în abordarea problemelor discutate, un interes crescut pentru tehnici și o preocupare pentru câștigurile pe care le puteau obține. Spre sfârșitul acestei faze, subiecții au conștientizat responsabilitatea ce le revine pentru ceea ce se întâmplă în grup, ceea ce a dus la o creștere a coeziunii grupului.

Considerăm că, din punctul de vedere al liderului de grup, aceasta a fost perioada cea mai solicitantă, deoarece acceptarea și valorizarea fiecărui membru al grupului trebuiau să fie în echilibru cu respingerea „propunerilor” de „coalizare” venite din partea lor. S-a manifestat o puternică tendință de a căuta o „întărire” din partea trainer-ilor în legătură cu propriile opinii.

După ședința 6, o participantă a renunțat să mai vină la întâlniri.

### Faza III (de creștere)

Este faza în care am înregistrat o creștere continuă în privința câștigurilor pentru grup și pentru fiecare subiect în parte.

Atmosfera în grup a devenit din ce în ce mai destinsă, propice pentru manifestarea autenticității, spontaneității și punerii în valoare a calităților participantelor. Receptivitatea pentru problemele celorlalte, disponibilitatea de a oferi soluții și suport afectiv, sunt aspectele dominante ale activității grupului. În aceste condiții, putem afirma că grupul a început să se manifeste ca o unitate, de multe ori rolul liderilor fiind preluat de participante.

„Distanța emoțională” dintre participante a scăzut în funcție de cât era dispusă fiecare să renunțe la „spațiul” său.

Un salt calitativ l-am înregistrat în aportul personal la repertoriul jocului de rol. Dintre aspectele cele mai importante, notăm: o expresivitate nuanțată, empatizare cu personajul, note de creativitate personală, plăcerea jocului. Membrii grupului au început să colaboreze „spontan” atunci când apărea o problemă de rezolvat, făcând de multe ori dovada unui nivel ridicat de înțelegere a celuilalt.

Inversarea de rol a produs cele mai multe conștientizări, precum și exersarea capacităților empatice, lucru ce s-a repercutat în relațiile dintre subiecți. Am constatat la participante o mare ușurință de a vorbi despre sine, o disponibilitate de se „oferi” grupului, pe fondul unei încrederi în celelalte. Anxietatea de relație s-a redus mult, dar situația a fost valorificată în mod diferit de participante, o mică parte dintre ele mulțumindu-se, uneori, cu rolul de „observator”.

### 3.7. Evoluții individuale

Vom prezenta în continuare evoluțiile individuale a doi din subiecții care au participat la experiment. Cazurile lor sunt edificatoare pentru modalitatea în care, doi subiecți aflați la începutul programului pe trepte diferite ale dezvoltării capacităților vizate de noi, au avut de câștigat împreună. De asemenea, sunt o exemplificare a modului cum a fost valorificată tehnica jocului de rol.

#### Cazul 1 - Subiectul Alice

Motivația pentru care acest subiect a dorit să participe la acest program a fost: „creșterea încrederii în sine, optimizarea capacităților de comunicare, să mă cunosc mai bine”.

În prima parte a programului a făcut impresia unei ființe „fragile”, manifestând anxietate, lipsa inițiativei în comunicare, spontaneitate redusă, participare redusă la activitățile grupului și o tendință marcată de a evita autodezvăluirea. Cu toate acestea, pe parcursul programului, s-a implicat din ce în ce mai responsabil în jocul de rol, ceea ce a permis dezvoltarea și conștientizarea de către subiect a unor probleme cu care să confrunte.

Prezentăm în continuare, un fragment din jocul de rol al subiectului, fragment care evidențiază funcția psihodiagnostică a acestei tehnici. Subiectul a trebuit să aleagă un personaj din basme pentru a-l reprezenta la un „magazin magic” unde se puteau găsi toate calitățile umane, dar unde oamenii obișnuiți nu au acces (prin T am notat intervențiile trainer-ului).

Alice: Eu sunt un gnom... un spiriduș, un fel de vrăjitor...Unuia căruia îi place mai mult să trăiască într-o lume fantastică.



Nu presupune că el ar face ceva... leacuri, vrăjitorii, ci mai mult faptul că-și închipuie foarte multe lucruri și nu întodeauna corespund cu realitatea. **Având o statură mică, de multe ori nu este luat în serios...**

**T:** Ce simte el atunci când nu este luat în serios?

**Alice:** Simte... și chiar se resimte foarte puternic și chiar răbufnește!

**T:** Răbufnește...

**Alice:** Răbufnește, are accese de furie și, la rândul lui, îi supără pe ceilalți. Dar acest lucru se întâmplă și din cauză că are o doză prea mare de naivitate... cum v-am spus, vrea să trăiască într-o lume deosebită... i-ar trebui mai mult realism, să poată vedea lucrurile așa cum sunt. Și mai este foarte închis în el și foarte anxios și superstițios. Ți fiind tot timpul închis în el, i se întâmplă uneori să aibă unele răbufniri.

**T:** Ce dorești pentru Alice de la acest magazin magic?

**Alice:** Cred că deja v-am spus (aici subiectul **conștientizează** identificarea cu personajul jucat). **Mai multă stăpânire de sine**, dar totodată cred că vrea și o **capacitate de a se bucura mai intens**. Pentru că, de la un timp s-ar părea că entuziasmul ei este de suprafață, ea ar vrea să se bucure dar nu reușește... În schimb ar vrea să las din neliniște, din anxietate... las jumătate din neliniște. Mi se pare importantă și neliniștea, ca să poți să crești trebuie să fi un pic nemulțumit. Mai mult realism ar vrea, să nu mai fie așa închisă în ea și... chiar un pic ascunsă, ar vrea să fie mai deschisă și mai hotărâtă pe ea.

**T:** Înțeleg că pe Alice o nemulțumește faptul că este ascunsă în ea.

**Alice:** Da, într-o oarecare măsură...

**T:** Ce pierde ea atunci?

**Alice:** Faptul că nu este luată în serios și nu este luată în considerare așa cum ar vrea.

**T:** Deci, asta este din cauza ei, pentru că este închisă?

**Alice:** Da, și pentru că este așa de anxioasă și vrea tot timpul ca lucrurile să iasă într-un anumit fel, să iasă bine... și atunci îi este teamă de ce s-ar putea întâmpla dacă ar fi, deci, deschisă...

Pe „ecranul” jocului de rol apare proiectată, cu destulă claritate, imaginea despre sine a subiectului. Subiectul apare ca o persoană căreia îi place să trăiască într-o lume a

imaginației, lucru ce poate fi asimilat dorinței de a evada din lumea reală, care probabil, nu-i aduce mari satisfacții. Acest lucru se confirmă mai departe, Alice identificându-se cu un gnom: o ființă care într-o lume fantastică poate fi un fel de vrăjitor, dar fiind mică, ascunsă, poate fi ușor neluată în seamă în lumea reală. În consecință, ea nu va fi luată în serios așa cum ar vrea. Acest lucru o face uneori să „răbufnească”, să aibă accese de furie, ceea ce produce supărare celor din jur, care, în continuare, nu o iau în considerare. Subiectul conștientizează că pentru a întrerupe acest „cerc vicios”, are nevoie de mai mult „realism”, de o „ieșire” din ea însăși, pentru a scăpa de anxietate și a preveni „răbufnirile”.

Într-un alt scenariu metaforic, Alice a trecut „la acțiune”, fiind stimulată de grup să iasă din „universul” propriu și să se facă luată în seamă. Redăm în continuare un fragment din ședință, elocvent pentru calitatea jocului de rol de a se „mula”, prin variantele sale, pe situația-problemă și, mai ales, pentru modul cum sunt valorificate funcțiile sale.

În scenariul „Peisajul”, Alice a ales să fie o „ciupercuță, foarte aproape de pământ”. La un moment dat, ea își dorește în jur alte „ciupercuțe”, dar cu care nu reușește să comunice. Celelalte „ciupercuțe” sunt subiecții Irina și Ana, care s-au oferit voluntar.

**Ana:** ...Niciodată nu ne-ai spus nimic. Noi am aflat cum te cheamă, dar mai mult nu am aflat despre tine. Ți place să fii singură?

**Alice:** (zâmbeste) Nu.

**Ana:** Și de ce nu ne spui nimic?

**Alice:** Nu știu...probabil că nu am curaj.

**Ana:** La ce-ți trebuie curajul?

**Alice:** Mi-e teamă că nu... că nu o să fiu luată așa cum sânt.

**Ana:** Cum ești tu? Cum suntem noi ca ciupercuțe și cum ești tu ca ciupercuță?

**Alice:** Tocmai, că eu nu am curaj, față de voi, și...

**Ana:** De unde ști că noi avem curaj?

**Alice:** (zâmbeste) Nu știu, așa mi se pare mie că voi sunteți mai puternice și mai sigure pe voi.

**Ana:** Ți mie mi se pare că tu ești puternică!

**Irina:** Da, ești puternică! Ai vorbit cu noi! Până acum n-ai făcut-o! Te înțelegem și te acceptăm așa cum ești!

**Alice:** ... (tace și zâmbeste)

**T:** Acum spune-le tu ceva!

**Alice:** Aș vrea să mă ascultați mai mult! Dar, probabil că ar trebui să vorbesc și eu mai mult. **Problema este că nu sunt ascultată atunci când vreau să spun ceva și că..., deci, că nu sunt ascultată cu adevărat.**

Mai departe, Irina propune să joace rolul unei „ciupercuțe” care nu o înțelege pe „ciupercuța” Alice. Propunerea este acceptată.

**T:** Ea este o ciupercuță care te ignoră, care spune că problemele tale nu sunt serioase. Spune-i ce crezi tu că ar trebui să-i spui unei asemenea ciuperci!

**Alice:** Păi,... hm... (se uită în jos și are o voce scăzută) și problemele mele sunt la fel de serioase ca ale tale din moment ce eu mi le pun și mie îmi provoacă stări destul de neplăcute. Pentru mine sunt probleme! (se uită la ceilalți)

**Irina:** (indiferentă) Sunt probleme minore, pentru că tu ești mică. Eu am probleme mult mai mari, ce-mi pasă mie de problemele tale?

**Alice:** (râde încurcată și se uită la trainer)

**T:** Răspunde-i! Așa este?

**Alice:** (privește în jos) Nu, deci...din moment...deci, cred că există probleme și atât, nu probleme mici și probleme mari...(tace)

**T:** Argumentează!

**Alice:** (tace și zâmbeste încurcată)

**Irina:** (ușor iritată) Ce, crezi că eu nu am probleme?

**Alice:** Ba da..., deci, eu cred că și tu ai probleme...și toate celelalte au probleme!

**Irina:** Și eu cred că tu ai probleme!

**Alice:** (uimită) Cum, crezi...? Păi, spuneai că nu contează...

**Irina:** N-ai probleme mari, dar cred că ai probleme întradevăr. Crezi că nu-mi dau seama că și tu ai probleme? Dar și eu am problemele mele!

**Alice:** (zâmbeste înțelegător) A! Așa!...Da...

Subiectul a conștientizat că pentru a fi luat în serios, mai întâi trebuie să „rupă tăcerea”, și importanța faptului de a recunoaște că și ceilalți poate avea propriile probleme și că, se poate simți la rândul său ignorat.

În continuare, grupul a fost interesat să-i ofere subiectului Alice câteva strategii pentru a se face ascultată. Subiectul Ana propune schimbarea rolurilor: Alice să fie „ciupercă” neînțelegătoare și ea, Ana, să joace rolul lui Alice. Propunerea este acceptată.

**Alice:** Problema ta nu mă interesează! Lasă-mă pe mine în pace! Eu știu care sunt adevăratele probleme... și... și problemele tale sunt probleme de copil de cinci ani!

**Ana:** Bine, în primul rând eu am douăzeci de ani și eu cred că lucrurile pe care le simt ca fiind probleme, chiar dacă percepute din exterior, de tine și de ceilalți, nu sunt...

**Alice:** (o întrerupe ironic) Fugi de-aici! (râde)

**Ana:** Bine, dar eu mă simt foarte rău când îmi spui lucrurile astea...

**Alice:** (ironic) Nu mă-nnebuni!

**Ana:** (ușor iritată) Bine, chiar nu vrei să te pui în situația mea și să...

**Alice:** (o întrerupe) Hai să fim serioși! (zâmbeste)

**Ana:** Bine, eu cred că tu ști să tai orice fel de comunicare, cred că ești o ciupercuță care nu se consideră prietenă cu mine. Din momentul în care refuzi...

**Alice:** (către lider) Nu știu...aici cred că ar fi urmat o ușă trântită în nas, sau ceva de genul ăsta!

**Ana:** (hotărâtă) Eu aș veni și m-aș agăța de tine și până n-ai să accepți că am probleme și n-o să accepți dialogul și n-o să mă accepți pe mine, nu o să mă desprind de tine, o să stau agățată!

**Alice:** ... (tace și zâmbeste)

**T:** (către subiectul Ana) Spune-i ce simți în momentul ăsta! Tot ce simți față de ea!

**Ana:** ...Foarte tristă că nu poți să mă-nțelegi și foarte furioasă că mă refuzi. Cred că ai putea, dar nu vrei să mă-nțelegi! Și nu înțeleg ce te-ar costa dacă ai încerca!

**Alice:** ... (tace încurcată)

**Ana:** Și dacă ai lăsa ușile neîncălțate, ce s-ar întâmpla?

**Alice:** ... (tace)

**T:** (către Alice) Răspunde-i!

**Alice:** De ce să-mi pierd eu timpul cu problemele tale?

**Ana:** Dar asta e un timp pierdut?! Chiar nu-ți pasă?

**Alice:** ... (tace încurcată)

**Ana:** Bine, am să vin odată când mănânci, pentru că atunci oricum îl pierzi, ori, știu eu, când ai să stai, când ai să vrei să stai. Spune-mi o zi când vrei să pierzi timpul și am să vin eu!

**Alice:** (privește în jos și zâmbește) Bine!

**T:** Ai s-o accepți și ai să-i asculți problema?

**Alice:** O să-ncerc!

Această „lecție” de perseverență a surprins-o pe Alice, care era obișnuită să renunțe ușor, după primul refuz. Dovadă este și faptul că, pusă în fața insistențelor se bloca, neștiind cum ar fi reacționat „ciuperca” neînțelegătoare într-o asemenea situație.

Nu același lucru se poate spune despre strategia următoare, propusă de subiectul Mona, în această situație subiectul Alice dând impresia că-și cunoaște foarte bine „rolul”.

**Mona** (cu voce de copil supărat): Vai, am o problemă! Poți să mă ajuți și pe mine?

**Alice:** (autoritar) Ce problemă, dom'le! Tu, problemă?

**Mona:** Am o problemă... îmi vine să plâng... și cred că dacă nu mă ajuți...

**Alice:** (o întrerupe, iritată) Ce-i cu comportamentul ăsta infantil?

**Mona:** Păi, nu sunt și eu un copil ca toți copiii?

**Alice:** Da! Tocmai că ești un copil! și tu ce probleme să ai? Ești un cocoloșit! (râde)

**Mona:** Da, da, sunt! Dar și eu am problema mea, și uite, am venit la tine! Sunt neajutorat și trebuie să mă ajute și pe mine cineva. Sunt un copil, da...trebuie să mai cresc... Dar sunt neajutorat, și trebuie să mă ajute și pe mine cineva, căci nu pot singur!

**Alice:** Da, dar eu n-am timp de tine, înțelegi? N-am timp!

**Mona:** Păi, poți să mă asculți și dacă n-ai timp!

**Alice:** (surprinsă) Cum?

**Mona:** Ce faci tu acum, de exemplu?

**Alice:** Sunt ocupată! Am foarte multe pe cap... probleme adevărate, nu așa...

**Mona:** Treburi? Ai treburi?

**Alice:** Da, da, da! (râde) Tot timpul am treburi!

**Mona:** Și tu când ai treburi, trebuie să vorbești?

**Alice:** (serioasă) Nu, dar trebuie să fiu concentrată pe munca mea!

**Mona:** La toate treburile?

**Alice:** (nesigură) Da...

**Mona:** Bine, atunci mă lași și pe mine să stau lângă tine, să văd cum faci treburile?

**Alice:** (un pic nehotărâtă) Da, te las...

**Mona:** Că poate... dacă văd eu așa cum faci tu treburile, mă gândesc și eu la ceva pentru tine, nu? Ji pot să stau tot timpul lângă tine, când faci treburile?

**Alice:** (oarecum dezarmată) Da.

**Mona:** Bine, mie-mi place să stau lângă tine când faci treburile!

**Alice:** Și mie! (râde)

**Mona:** Bine. Atunci, dacă mai zic și eu câte ceva, în timpul treburilor, te superi?

**Alice:** Nu, deloc.

**Mona:** Păi, atunci n-o să mai plâng!

Subiectul Alice a afirmat că a utilizat, deja, această strategie „afectivă”, dar, probabil că nu a încercat destul.

În această secvență de protocol, tehnica psihodramatică își demonstrează, prin cele două variante: jocul de rol direct și jocul de rol inversat, calitățile de:

- metodă psihodiagnostică (prin informațiile pe care subiectul Alice le-a furnizat despre dificultățile sale de a se face ascultat);

- modalitate de instruire (prin „strategiile” pe care ceilalți subiecți i le-au propus);

- modalitate de antrenament (jucându-se „pe sine” în situații pe care până atunci le refuzase, subiectul a conștientizat cât de important este să ai curajul să vorbești atunci când vrei să fi ascultat și, de asemenea, să accepți că și celălalt poate avea probleme și se poate simți ignorat).

La evaluarea finală, subiectul Alice a afirmat că, la început, ascultând-i pe ceilalți cum spun atâtea despre ei, nu-și putea imagina că poate fi și ea în stare să o facă. După ce a reușit, a simțit că pleacă de la ședințe cu un sentiment de ușurare. De asemenea, a confirmat efectele acestui program în afara grupului. Apreciază că a câștigat „în domeniul cunoașterii de sine și al siguranței de sine în cadrul unui grup, în exprimarea imaginativă”.

De remarcat, că într-o ședință ulterioară s-a oferit pentru prima dată voluntar, „jucând” împreună cu un alt subiect, „problema” unei membre a grupului, care a apreciat că Alice „s-a descurcat bine”.

## Cazul 2: subiectul Irina

A dorit să facă parte din grupul de optimizare „pentru a ști și, mai precis, a învăța să mă relaționez mai bine cu persoanele cu care vin în contact. Să înțeleg mai bine comportamentul oamenilor, ceea ce se ascunde în spatele vorbelor, a afirmațiilor și negațiilor lor, să pot comunica mai bine, mai ușor, să înțeleg și să accept comportamentul persoanelor cu care mă relaționez”.

Spre deosebire de subiectul Alice, subiectul Irina a prezentat de la începutul programului un bun nivel al participării la ședințe, o bună toleranță față de celelalte și spirit de cooperare cu terapeuții. Dotată cu o bună expresivitate, intra ușor în jocul de rol, în care se implica profund (de altfel, după testarea inițială, a obținut cel mai ridicat scor la empatie emoțională).

Dificultatea acestui subiect consta într-o **emotivitate accentuată, care o făcea, de multe ori, să nu-și găsească cuvintele** (se bloca, se înroșea la față).

Prezentăm un fragment dintr-un protocol cu valoare psihodiagnostică pentru acest subiect (tehnica „magazinul magic”, îmbogățită de autor)

**T:** Cine ești tu?

**Irina:** Albă-ca-zăpadă.

**T:** Ce ne poți spune despre tine, Albă-ca-zăpada?

**Irina:** Sunt o persoană foarte bună, îmi plac ființele fragile, mici... (face o pauză mai lungă)

**T:** Așa...

**Irina:** Am trecut prin niște perioade foarte grele, am copilărit cu mamă vitregă, dar prin bunătate și prin încredere, voință, am reușit să trec peste aceste perioade vitrege...

**T:** De ce ai acceptat să o reprezinti pe Irina?

**Irina:** Pentru că și ea e la fel ca mine... Are încredere în oameni, vrea să se dăruiască lor, să ajute.

**T:** Ce dorești pentru ea?

**Irina:** Uneori e cam serioasă și nu are umor

(zâmbește). Aș vrea să iau puțin umor. În același timp, e puțin nervoasă... așa, când nu-i convine ei ceva... e cam irascibilă. **Aș vrea să dau nervozitatea aceasta în schimbul umorului... Aș vrea să dau și timiditatea în schimb.** Nu știu însă, dacă pot s-o dau toată odată... (tace)

**T:** În schimbul ei ce dorești?

**Irina:** Puțin curaj.

Se poate observa că subiectul Irina, este pe deplin conștient de calitățile și de defectele sale, pe primul plan, în acest caz, trecând valorificarea acestor calități.

Capacitatea de a se transpune în „pielea” personajului, **ușurința de a schimba „perspectiva”**, iese în evidență în următorul fragment, în care jocul de rol devine modalitate de antrenament. Secvența face parte din scenariul metaforic „Peisajul”, în care subiectul Irina a ales să fie o margaretă.

**Irina:** ...Am fost o margaretă. O margaretă într-un câmp de flori...

**T:** Înțeleg că în jurul tău erau flori.

**Irina:** Da; dar nu mă înconjurau... în jurul meu era pământ și apoi, după aceea erau flori. Eu eram solitară, singură.

**T:** Erai o floare solitară?

**Irina:** Da... Și atunci când a început să bată vântul, am început să mă înclin, dar am simțit că rezist. Fiind solitară, am știut să fiu mai viguroasă decât celelalte, care se susțin una pe alta...și-am putut să rezist.

**T:** Înțeleg că a fost un avantaj că ai crescut singură.

**Irina:** (nesigură) Da... Și apoi a venit ploaia. Simțeam că petalele mele se strâng să mă protejeze de ploaie.

**T:** Să te protejeze de ploaie?

**Irina:** Da! Era rece ploaia și trebuia să mă acopăr... (aluzie simbolică la relația cu mama vitregă — ploaia ca simbol matern). Dar atunci când a apărut soarele (zâmbește) mi s-au deschis petalele și mi-am îndreptat privirea spre cer... vroiam să vină cât mai mult soare... Atunci când pământul a ieșit de sub ape, era o senzație de bine, eram mai bine înfiptă în pământ.

**T:** Înțeleg că ai crescut singură, solitară față de celelalte. Ji-ai dorit vreodată apropierea lor?

**Irina:** (zâmbește) Da, normal! Simțeam singurătatea!

T: Ce simte o margaretă singură într-un câmp deschis?

Irina: Se gândește cum a ajuns acolo, să fie singură? Din ce cauză celelalte flori, surorile ei, erau împreună și ea era singură?

T: Vino puțin aici, în centru, și fii margareta! (subiectul se ridică și vine în centrul camerei) Spune-mi ce-i în jurul tău!

Irina: Sunt celelalte flori, dar nu sunt lângă mine!

T: Sunt departe?

Irina: ... (tace)

T: Cât de departe sunt?

Irina: Am impresia că sunt în mijloc și se face un gol în jurul meu!

T: Le vezi?

Irina: Da, le văd.

T: Poți să vorbești cu ele? Te-ar auzi dacă le-ai striga?

Irina: Da.

T: Spune-le ceva! Strigă-le!

(vom nota cu Irina A, atunci când subiectul se joacă pe sine, și cu Irina B, când joacă rolul celorlalte)

Irina A: Mă vedeți de acolo, de unde sunteți?

T: Mergi unde sunt ele și răspunde-ți!

(de fiecare dată când schimbă rolul, subiectul schimbă și locul de unde se adresează)

Irina B: Da, te vedem! Dar ești singură, acolo... și tu nici nu vorbești cu noi dacă tu nu vii la noi...

Irina A: Dar aș vrea să vin la voi! Chiar dacă sunt eu stăpână pe mine, așa... și viguroasă... am nevoie să-mi poarte ceva de grijă. (tristă) Aș vrea să vin la voi... mă primiți?

Irina B: (relaxată) Da, cu multă plăcere! Dar... dar vino tu la noi... Acolo, în locul acela nu ne place... Vino tu!

Irina A: (emoționată) Dar am nevoie să mă ajutați! Sunt singură și am înțepenit aici în locul ăsta! Dacă mi-ați da o mână de ajutor poate aș reuși să vin mai repede...

Irina B: Dar fă și tu un efort! Încearcă! Uite, noi te vom ajuta, dar noi ne sprijinim una pe alta... Tu, dacă zici că poți să te sprijini singură, de ce nu poți să vii?

Irina A: (tristă) Dacă m-ați vedea ca pe o prietenă, m-ați ajuta...

(i se umezesc ochii, și vorbește foarte încet)

Dar, probabil că nu sunt prietena voastră și n-aveți nevoie...

Irina B: (ușor dojenitor) Ba cred că suntem prietene, dar tu n-ai fost aceea care să facă primul pas! (zâmbind) Hai că te-ajutăm! Vrei să vii? Sigur, vrei să vii?

Irina A: (zâmbeste) Da, am nevoie să fiu cu voi, să fiți în jurul meu, să fiu împrejurul vostru...

Irina B: Bine, vino!

Irina A: (către terapeut, zâmbind) Am ajuns!

T: Ai ajuns. Bine! Cum te simți acum?

Irina: Bine! (zâmbeste) Cu atâtea flori pe lângă mine...

T: Cum le simți tu acum, pe ele?

Irina: Le simt prietene. Apoi... dacă le vedeam de la distanță! Acum le simt într-adevăr, și mă simt bine!

Cu ocazia acestui joc de rol, s-a produs o „descărcare” a emoționalității subiectului, acesta învingându-și, în mod simbolic, timidi-tatea (efectul cathartic al tehnicii psihodramatice). Cu timpul, a manifestat un control emoțional din ce în ce mai bun, reușind să-și pună în valoare capacitatea de a oferi sprijin celorlalți subiecți (în Cazul I, prezentat mai sus, subiectul Irina apare prezent de mai multe ori). Considerăm, de aceea, că subiectul Irina a fost o „resursă” pentru ceilalți membrii ai grupului.

La evaluarea finală, a declarat că în urma acestui program „mi-am dat seama că pot comunica mai bine și, că pot să mă integrez mai bine și mai repede în diferite grupuri. Poți să ai încredere în oameni că te înțeleg”. Consideră că a câștigat experiență în lucrul cu persoanele apropiate.

## 4. Evaluarea și validarea programului de optimizare experimentat

### 4.1. Rolul tehnicilor audio-vizuale

Primită la început cu ușoară anxietate, tehnica audio-vizuală a devenit în scurt timp un „lucru comun” pentru grup, ceea ce a permis manifestarea autentică a reacțiilor subiecților. Din punctul de vedere al liderului de grup, suportul audio-vizual a jucat un rol deosebit de

important în desfășurarea acestui experiment. Prezentăm în continuare, argumentele care susțin această afirmație:

### Rolul tehnicilor audio-vizuale în supervizare

Faptul că acest program a fost supervizat ședință cu ședință de către coordonatorul programului, ne permite să afirmăm că am îndeplinit o condiție esențială pentru grupurile conduse de formatori „în formare”. Trebuie să precizăm în acest context, că supervizarea nu s-a limitat la vizionarea casetei și analiza celor întâmplare în grup. Aceasta a vizat și experimentarea și discutarea tehnicilor ce urmau să fie aplicate, după aceea, în grupul experimental.

Prin vizionarea materialului filmat, coordonatorul programului a avut posibilitatea să fie în contact „direct” cu dinamica vieții din grup și, după caz, să orienteze atenția trainer-ilor asupra unor aspecte ce trebuiau abordate în ședințele următoare. În acest fel, tehnica audio-vizuală a permis valorificarea mai eficientă a informațiilor primite de la subiecți și organizarea ședințelor următoare în acord cu necesitățile de moment ale membrilor grupului. Tehnica audio-vizuală a fost de natură să compenseze experiența redusă a liderilor și să ofere, în același timp, o garanție pentru seriozitatea acestui program.

### Rolul de feedback al tehnicii audio-vizuale

Materialul filmat a fost utilizat ca material de lucru pentru grupul experiențial. Prezentarea imaginilor cu subiecții în acțiune, se constituie ea însăși într-o tehnică cu valențe formative. Avem în vedere, aici, rolul de feedback al observării „din afară” a propriului comportament, cu efecte directe în planul autocunoașterii și autoreglării comportamentale. Materialul filmat a fost prezentat numai parțial în cadrul ședințelor, urmând ca cealaltă parte să facă obiectul unor întâlniri ulterioare cu grupul, având ca scop întărirea efectelor acestui program de optimizare.

### Rolul tehnicii audio-vizuale în evaluarea finală a programului

Prin sistematizarea materialului filmat, am putut obține o viziune globală asupra evoluției grupului și, am surprins principalele modificări în interacțiunile dintre membrii grupului și al achizițiilor realizate de fiecare subiect în parte. Acest lucru a fost posibil prin analiza comparativă a ședințelor, în succesiunea lor inițială. Informațiile oferite de materialul filmat se constituie într-un instrument de evaluare al acestui program de optimizare.

Un lucru care trebuie menționat aici, este aprecierea pozitivă pe care au făcut-o subiecții, la finalul acestui experiment, față de utilizare tehnicii audio-vizuale, conștientizând rolul acestuia și considerând-o un exemplu al profesionalismului cu care au fost tratați.

### 4.2. Prelucrarea statistică și interpretarea rezultatelor obținute la instrumentele psihodiagnostice

Pentru a ne asigura că modificările surprinse de rezultatele la C.P.I. se datorează procedurii experimentale aplicate și nu lipsei de fiabilitate testretest a probei, am calculat coeficientul de corelație Bravais-Pearson între cele două serii de măsurători (rezultatele pot fi văzute în Anexă, tabelul nr.1).

Având în vedere că la 14 din cele 18 scale ale C.P.I. am obținut corelații statistic semnificative, considerăm că putem avea încredere în fiabilitatea probei.

Prin calcularea notei t de semnificație a diferenței între medii (vezi Anexa, tabelul nr. 2) pentru date perechi, am obținut o diferență statistic semnificativă la trei scale C.P.I.: sociabilitate (Sy), prezență socială (Sp) și eficiență intelectuală (Ie).

Valoarea negativă a notei t arată că scorurile-retest sunt mai mari decât scorurile-test. Astfel, putem afirma că există creșteri semnificative, în medie, ale scorurilor finale pentru întregul grup, la variabilele Sy, Sp și Ie.



Sociabilitatea (Sy) este o scală ce diferențiază oamenii participativi, exteriorizați, sociali de cei retrași, care evită afișarea socială. Conținutul manifest al itemilor săi afirmă:

- plăcerea pentru interacțiuni sociale;
- sentimentul de echilibru și încredere în sine în relațiile cu ceilalți;
- interese culturale și intelectuale;
- toleranța față de ceilalți, asociată cu standarde stricte pentru sine.

Individul sociabil are un comportament participativ, întreprinzător, ingenios, se atașează ușor, fluent în gândire și original.

Prezența socială (Sp) conține itemi legați de echilibrul social, verva și spontaneitatea comportamentului. Acești itemi vizează:

- plăcerea pentru interacțiuni sociale;
- o încredere bine afirmată;
- spirit deschis;
- atitudini aerisite față de regulile și prohibițiile sociale, paralel cu accentul pus pe îndatorire, moderație, conformism.

Individul cu o bună prezență socială are un comportament spontan, imaginativ, neformatizat, rapid, cu o natură expresivă și creativă.

Se poate observa, parcurgând conținutul acestor scale, că ambele conțin două caracteristici deosebit de importante pentru disponibilitatea relațională, și anume: plăcerea pentru interacțiuni sociale și încrederea în sine în relațiile cu ceilalți. Aceste două dimensiuni se constituie în „precondiții” ale realizării unui contact uman, presupunând lipsa anxietății de relație și deschiderea către celălalt, dublate de încrederea în forțele proprii, ceea ce conferă persoanei sentimentul de echilibru în relație cu altul.

Spiritul deschis, atitudinile aerisite față de

regulile și prohibițiile sociale, descriu o persoană capabilă să-i accepte pe ceilalți așa cum sunt, cu valorile și experiențele lor și, de asemenea, denotă o capacitate de adaptare flexibilă și originală la situații diverse. Se constată de asemenea capacitatea de a se manifesta spontan și în aceeași măsură expresiv, creativ, imaginativ.

Deschiderea către ceilalți este susținută de toleranță și, de un sentiment al responsabilității, reflectat prin îndatorire, standarde stricte pentru sine, deci disciplină de sine și conștiințiozitate.

Eficiența intelectuală (Ie) este o scală construită pentru a indica interesul pentru valori intelectuale, opus celui pentru valori practice. Conținutul manifest al itemilor se referă la aspecte precum:

- capacitatea de a face față unor situații de indeterminare și ambiguitate;
- sentimentul adecvării și eficienței personale;
- interesul pentru activități de cercetare;
- plăcerea de a face planuri și a le realiza;
- importanța acordată problemelor intelectuale și de cunoaștere;
- un comportament, în genere, flexibil.

Indică, deci, gradul de eficiență personală și intelectuală la care a ajuns individul.

Mai întâi, putem observa că primul aspect, legat de capacitatea de a face față unor situații de indeterminare și ambiguitate, este în acord cu încrederea în sine, cu capacitatea de a se adapta flexibil unor situații diverse, cu ingeniozitate și fluentă în gândire, aspecte relevate de primii doi factori, sociabilitatea și prezența socială. În altă ordine de idei, se poate considera că a face față unor situații indeterminate și ambigue presupune o autocunoaștere adecvată, deci a ști să-ți pui în valoare calitățile pentru a rezolva cu bine o situație.

Acest lucru este întărit și de sentimentul adecvării și eficienței personale, în sensul că acest sentiment descrie o persoană care știe să decidă în ce situații se poate implica, așa încât să obțină succese. Se poate opta pentru ideea că aceste două aspecte, însoțite de încredere în sine și de sentimentul de echilibru, reflectă caracteristica persoanei de a-și cunoaște posibilitățile și limitele și, drept urmare, de a se valoriza indiferent de situație. Toate aceste aspecte susțin ideea că autocunoașterea a fost sensibil îmbunătățită.

Mai departe, încercăm o interpretare a aspectelor legate de: interesul pentru cercetare, plăcerea de a face planuri și a le realiza, importanța acordată problemelor intelectuale și de cunoaștere. Primul lucru pe care dorim să-l evidențiem este faptul că subiecții experimentului nostru au făcut deja o opțiune privind orientarea către valori intelectuale, odată cu decizia de a absolvi o formă de învățământ superior cu profil socio-uman. În acest sens, ne putem sprijini și pe practica socială care ne permite să afirmăm că aceste domenii de activitate nu sunt recunoscute ca fiind profitabile din punct de vedere material. Cu alte cuvinte, vrem să spunem că subiecții experimentului nostru erau deja orientați către valori intelectuale.

Considerăm că acest experiment, prin unele din tehnicile sale, (avem în vedere aici scenariile metaforice), a favorizat deblocarea unor strategii creative, a capacității de a planifica, aplica și verifica anumite strategii rezolutive, cu aplicare la relațiile umane deficitare. De asemenea, alte tehnici au favorizat strategii de autocunoaștere, autoevaluare și autocorecție, ce presupune de fapt, crearea unor disponibilități de a lucra cu sine și de a-și recunoaște și rezolva propriile probleme. Prin urmare, în primul pas, subiecții și-au recunoscut și acceptat problemele emoționale și de relaționare, iar în pasul următor, prin situații metaforice, au învățat să descopere strategii și resurse proprii în a depăși obstacolele psihologice respective. Eficiența intelectuală este centrată, mai ales pe deprinderea unor abilități de rezolvare a problemelor psihologice personale și interpersonale.

Această presupune, fără îndoială, creșterea nivelului intelectual. Astfel, programul a favorizat dezvoltarea unor structuri cognitive rezolutive în planul problemelor psihologice (cunoaștere, autocunoaștere și schimbare). Tehnica bazată pe analogie, expresivitate și joc de rol au condus și la o modificare semnificativă în ceea ce privește pattern-urile cognitive de autoevaluare și interevaluare (schimbarea gestalt-ului autopercepției și percepției sociale).

Ceea ce credem noi că am surprins prin această creștere semnificativă a scorului la eficiență intelectuală, poate fi și o conștientizare a posibilităților de a pune în practică expectațiile în legătură cu viitorul lor profesional. Să nu uităm că primii ani de facultate sunt ani de căutări, de ușoară confuzie, amplificate de presiunea negativă a stării de indeterminare în ceea ce privește statutul de specialist în relații socio-umane, în speță a statutului de consilier sau psihoterapeut. Este posibil, ca acest modul de optimizare a disponibilităților relaționale, să fi oferit subiecților o alternativă viabilă, în legătură cu ceea ce se poate face practic în acest domeniu. Acest lucru, credem noi, a fost de natură să stimuleze interesul pentru activitatea de cercetare, de cunoaștere.

Adăugăm aici și dorința exprimată de participantele la acest program de a continua cu un stadiu superior, precum și interesul de a lucra efectiv într-un asemenea program. Considerăm că un factor ce a contribuit hotărâtor la acest rezultat, este acel criteriul utilizat la selecția subiecților care se referea la interesul pentru pregătirea profesională.

#### Chestionarul de empatie emoțională (Q, M.E.E.)

Pentru a calcula semnificația diferenței dintre medii, în cazul scorurilor obținute de subiecți la acest instrument psihodiagnostic, am aplicând proba Wilcoxon, pentru ranguri și date corelate (perechi). Am obținut o diferență între medii statistic semnificativă ( $p < 0.05$ ).

Variabila pragul de semnificație-empatie emoțională înseamnă, prin urmare, că scorul final a surprins un nivel superior de activare a capacității de substituie emoțională, ce conferă o tendință generală de a fi activat în condiții specifice. Această substituie emoțională măsoară relația empatică.

În tabelul nr. 3 se poate observa modul cum s-au repartizat cei nouă subiecți, în funcție de scorul obținut, în cele cinci categorii specifice acestui chestionar.

Se poate afirma că s-a obținut, în medie, pe ansamblul grupului, o îmbunătățire semnificativă, a capacității de „transpunere” a eului într-un model obiectiv de comportament uman, prin retrăirea stărilor, gândurilor și acțiunilor celuilalt

și, deci, o optimizare a capacității de a înțelege modul în care celălalt interpretează lumea. Acest aspect, se poate interpreta atât ca o optimizare a capacității de a prelua și împărtăși stările afective ale altora, cât și a procesului de autocunoaștere.

Astfel, capacitatea empatică presupune o continuă raportare la ceilalți prin raportare la sine. Ea oferă subiectului bun empatic șansa unei mai corecte autoevaluări.

## TABEL

cu scorurile obținute de subiecți la instrumentele psihodiagnostice

Variabila	Test/ retest	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
Do	testretest	3641	3436	4738	5452	4340	4147	4352	6664	5756
Cs	testretest	3947	2830	4137	5548	1930	4147	6361	5555	4143
Sy	testretest	5555	3443	4960	5257	4041	5047	4960	5857	4755
Sp	testretest	5050	2727	3950	5660	3243	3253	6559	5056	3750
Sa	testretest	3653	3336	7153	6765	5053	5361	6167	6167	5361
Wb	testretest	5149	3427	3042	4452	2135	4845	3730	3237	1428
Re	testretest	5255	3635	5039	3439	3731	5856	3739	4943	2737
So	testretest	5557	4747	5150	4553	5144	4955	4253	5351	1238
Sc	testretest	4749	4747	4647	3645	3534	5347	3538	4027	3234
To	testretest	5050	2931	4552	3843	3431	4148	4336	3131	3138
Gi	testretest	4343	4738	5550	3430	3034	5057	4542	4846	3437
Cm	testretest	5142	1932	4751	4546	3637	3839	5146	4239	2442
Ac	testretest	6152	4738	4752	4356	3636	4345	3554	5036	3438
Ai	testretest	4861	3833	5260	5856	4028	5052	4038	5038	4252
Ie	testretest	4650	3340	4044	4247	2126	5558	3846	4244	4854
Py	testretest	5047	5039	4359	4657	3447	5454	4457	4457	6464
Fx	testretest	3950	5647	4767	6759	3636	5667	6758	3953	5364
Fe	testretest	4753	4750	6253	5967	5348	6248	5350	5053	5950
Empatie	testretest	3741	3080	4478	3277	6064	6058	9387	4753	59100

Prin optimizarea empatiei, se poate susține că am obținut și o îmbunătățire a capacității de comunicare, deoarece orice act de comunicare, verbală sau nonverbală, dintre parteneri, presupune și o comunicare implicită, de tip empatic, care să o completeze pe prima.

### Fișa de autoevaluare

Fișa de evaluare aplicată la sfârșitul programului de optimizare, ne permite să facem o ierarhie a principalilor parametri, pe care subiecții experimentului i-au perceput ca fiind modificați în sensul optimizării.

Era de așteptat ca cel mai mare câștig să fie considerat cunoștințele de psihoterapie experiențială, deoarece nivelul de informare al subiecților în acest domeniu era foarte redus sau absent.

În rest, putem remarca acuratețea autopercepției modificărilor înregistrate de către subiecți, toți acești parametri regăsindu-se, sau fiind expresii, ale aspectelor evidențiate de scalele C.P.I.

Putem afirma că prin creșterile semnificative ale scorurilor înregistrate la variabilele Sy, Sp, Ie și empatie, ipotezele de lucru au fost confirmate, apărând modificări statistic semnificative la scale din prima grupă a profilului C.P.I. (Sy, Sp și, în plus, Ie) și o creștere semnificativă a scorului vizând capacitatea empatică.

Grupul: .....

Data: .....

## FIȘA DE EVALUARE

Vă rugăm să evaluați efectele acestui program de optimizare asupra:

1) Dumneavoastră personal (ați câștigat/pierdut ceva/ați aflat ceva nou despre dvs./alții)

2) Grupului în ansamblu.....

3) Unor membri ai grupului, care v-au atras atenția.....

Acest program a reușit .....

Acest program nu a reușit .....

Pe viitor ar trebui.....

Luând în considerare reușitele și nereușitele, nota pe care ați acorda-o este:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vă rugăm să vă autoevaluați, pe o scală cu valori de la 0 la 4, în funcție de parametri enunțați mai jos, în două momente:

- înainte de începerea Programului de optimizare și
- acum, la sfârșitul lui.

	ÎNAINTE					ACUM				
1) încredere în sine	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2) autenticitate	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3) inhibiție	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4) autoacceptare	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5) relații interpersonale	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6) spontaneitate	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7) cunoașterea celorlalți	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8) afirmarea propriilor opinii	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9) exprimarea propriilor emoții	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10) autocunoaștere	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11) complexe de inferioritate	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12) folosirea imaginației	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13) încrederea în ceilalți	0	3	4	0	1	2	3	4		
14) conștient de propriul corp	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15) tensiune/neliniște	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16) bine interior	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17) conștient de propriile resurse	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
18) ușurința în comunicare	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
19) simțul umorului	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
20) cunoștințe de terapie experiențială	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

#### 4.3. Evaluarea rezultatelor obținute

Pentru evaluare, vom apela la o prezentare globală a tuturor rezultatelor obținute, utilizând în acest sens:

- rezultatele furnizate de instrumentele psihodiagnostice aplicate;
- prelucrarea materialului filmat;
- evaluarea programului de către subiecți.

Deoarece o parte din aceste aspecte au fost abordate mai sus, le vom relua aici pe scurt, urmând să insistăm asupra unor informații noi, oferite de subiecți la ședința de evaluare finală.

În urma prelucrării datelor obținute prin aplicarea instrumentelor psihodiagnostice, s-a putut constata o creștere semnificativă, pe ansamblul grupului experimental, în ceea ce privește plăcerea pentru interacțiuni sociale,

sentimentul de echilibru și încredere în sine în relațiile cu ceilalți, toleranța pentru ceilalți, capacitatea de a face față unor situații de indeterminare și ambiguitate, sentimentul adevărului și eficienței personale, interesul pentru activități de cercetare, pentru probleme intelectuale și de cunoaștere, flexibilitatea comportamentului, autocunoașterea, capacitatea de comunicare, capacitatea empatică.

Materialul obținut prin filmarea ședințelor ne-a permis să constatăm că la finalul acestui program, subiecții prezentau o mai bună capacitate de a se autoafirma, de a-și comunica gândurile și sentimentele, de a oferi suport afectiv, de a coopera cu ceilalți, de a fi spontani și autentici, o disponibilitate de a-i înțelege și accepta pe ceilalți.

De asemenea, subiecții au manifestat un interes crescut pentru tehnicile utilizate, pe care le abordau creativ, și dorința de a se perfecționa în continuare printr-un asemenea program.

Fișa de autoevaluare a evidențiat câștigurile conștientizate de subiecți, ca efecte ale participării la acest program. Subiecții consideră că și-au îmbogățit cunoștințele de psihoterapie experiențială și și-au optimizat: autocunoașterea, afirmarea propriilor opinii, încrederea în sine, autenticitatea, cunoașterea celorlalți, folosirea imaginației, conștientizarea propriilor resurse, ușurința în comunicare, autoacceptarea.

Evaluarea acestui program de către subiecții participanți s-a făcut prin completarea unei fișe de evaluare și prin ședința de evaluare finală. Considerăm edificatoare în acest sens, conținutul celor afirmate de subiecți, pe care îl vom reda în continuare, având în vedere reușitele și nereușitele acestui program, precum și propuneri pentru un program viitor.

Din punctul de vedere al studenților, acest program a reușit: „să ne facă să comunicăm mai bine, să înțelegem mai bine problemele altora, să evaluăm problemele în mod obiectiv și nu critic, personal am conștientizat unele slăbiciuni pe care am încercat să le rezolv, să-mi stăpânesc emotivitatea, să mă integrez mai bine în grupul de prieteni, colegi”; „să arate asemănările și deosebirile dintre noi, să creeze o solidaritate a grupului, să existe o comunicare bună de fiecare dată, am câștigat o ușurință de a mă exprima, prieteni”; „să stimuleze creativitatea, cunoașterea de sine, să ofere o experiență inedită, exprimarea imaginației”; „să-mi atingă anumite laturi ale interiorului meu, făcându-mă să-mi conștientizez calitățile și defectele, m-am simțit înțeleasă de către ceilalți”; „să-mi ofere o modalitate de a vedea lucrurile mai profund, să renunț la o parte din frică și anxietate”; „să mă facă să am am multă încredere în mine și în ceilalți, mai multă înțelegere pentru mine ca persoană, să-mi mențină interesul pentru domeniul psihoterapiei”; „să ne facă să ne înțelegem mai bine între noi, să fim mai deschiși unii față de alții, să avem încredere în noi și în ceilalți”; „să ne atragă atenția și mai mult să ne distrugă

anumite idei conform cărora omul nu are probleme, o atitudine mai deschisă față de ceilalți, cred că am câștigat o mai bună capacitate de a observa ce se întâmplă și cu ceilalți”. Toți subiecții au afirmat că „fiecare dintre noi a avut ceva de câștigat”.

Adăugând la acestea evaluarea pozitivă a programului de către subiecții participanți, considerăm că acest program de optimizare a disponibilităților relaționale și-a atins obiectivul propus.

În concluzie, se poate afirma că tehnicile psihodramatice, utilizate ca tehnică centrală în psihoterapia experiențială de grup, își dovedesc valențele formative pentru optimizarea disponibilităților de contact uman, ale studenților în științe socio-umane.

#### 4.4. Observații și concluzii practice

Vom prezenta recomandările practice ale unui asemenea program, pornind atât de la rezultatele obținute, cât și de la câteva observații, prilejuite de experiența noastră de lucru cu două grupuri de optimizare.

Prima observație se referă la faptul că o bună parte a studenților care își doresc să devină specialiști în domeniul relațiilor umane, au o imagine nerealistă a persoanei care poate să practice această profesiune. Se poate vorbi chiar, de un „mit al psihoterapeutului perfect”. Cu alte cuvinte, ei își închipuie că psihoterapeutul este o persoană care nu a avut niciodată probleme de autocunoaștere, de relaționare, de încredere în sine etc. și, mai mult decât atât, ar poseda niște calități „deosebite”, pe care studenții în cauză nu prea știau să le definească, dar care ar face din aceștia niște superdotați. În consecință, așa cum au afirmat în cadrul ședințelor de optimizare, studenții își construiesc o imagine negativă a posibilităților lor de a deveni specialiști în domeniul relațiilor umane, deoarece ei își conștientizează unele dificultăți (neîncredere în sine și în ceilalți, timiditate, relații dificile cu părinții, abilități scăzute de a-și face prieteni, de a se face apreciat într-un grup de cunoscuți). Mulți dintre ei au recunoscut că au tendința de a-și ascunde aceste dificultăți, și de a prezenta celor din jur o imagine „artificială”, de om perfect echilibrat care nu poate fi „acuzat” că dorește ceva peste posibilitățile sale.



Acest lucru are două consecințe negative. Pe de o parte, o stare de discomfort psihic, de incongruență cu ei înșiși, o incapacitate de a fi autentici și spontani, ceea ce-i face -afirmă ei- să se întrebe dacă acest lucru nu este cumva efectul unor „probleme psihice”. Pe de altă parte, credem că aceasta poate fi explicația faptului că între studenții aceleiași an de studiu (ca și între ani de studiu diferiți sau secții diferite), există o atmosferă de „răceală” afectivă, o lipsă de intercunoaștere, de comunicare, de cooperare, chiar de autenticitate (acest lucru l-am constatat personal pe parcursul studiului universitar și mi-a fost întărit prin discuții cu un număr mare de colegi din ani diferiți și din secții diferite).

Considerăm că această „competiție neloială cu sine”, poate avea repercusiuni negative în procesul formării profesionale, cel puțin în planul antrenării abilităților de contact uman.

O a doua observație este legată de ceea ce s-ar putea numi „inertă rolului de școlar”. În ambele grupuri cu care am lucrat, o bună parte din studenți se comportau la început, ca și cum ar fi trebuit doar „să asculte atent, să înțeleagă și să rețină”. Mobilizarea subiecților în spiritul acțiunii s-a făcut cu oarecare greutate, deși au fost informați despre program și l-au acceptat ca atare. **Credem că acest lucru se datorează accentului care se pune în învățământul preuniversitar pe învățare teoretică, nesusținută prin activități practice care să formeze la viitorii studenți deschiderea către învățarea prin acțiune și acel spirit de independență în actul învățării, care ar trebui să definească statutul de student.**

La evaluarea finală, studenții participanți în cele două programe de optimizare pe care le-am susținut, au dovedit că depășiseră aceste „obstacole”. Constatând cât de greu este, uneori, să „lucrezi” cu tine, studenții au devenit mult mai responsabili în ceea ce privește pregătirea pentru profesie și mult mai interesați de activitatea practică, atât de importantă în formarea și perfecționarea profesională.

Considerăm, de aceea, că pe lângă activitățile practice specifice programei de învățământ universitar în profesii centrate pe contact uman în special, este binevenită extinderea și permanentizarea programelor de dezvoltare personală cu orientare experiențială, ca o modalitate de stimulare a autoconștientizării și creșterii abilităților interpersonale, în mod deosebit a celor pentru consiliere, consultanță psihologică, psihoterapie, asistență socială, precum și în alte activități cu impact medical și educațional, care necesită o **igienă mentală adecvată**.

Având în vedere valențele psihoeducaționale ale programelor de optimizare a comportamentului, ele pot fi extinse, cu adaptările de rigoare, la orice facultate, ca și în mediul preuniversitar, începând cu anii terminali de liceu.

Fiind, în fond, o „invitație la autocunoaștere și autoperfecționare”, grupul experiențial centrat pe psihodrama poate avea atât scop formativ cât și psihoprofilactic, de prevenție a „naufraziului” social al tinerilor și adolescenților.

## Capitolul 11

# UMORUL CA FORMĂ DE TERAPIE - «A TRANSFORMA SUFERINȚA PRIN RÂS»

Anca Nicolae

## CUPRINS

1. Repere teoretice .....	310
2. Către o clarificare a funcțiilor umorului .....	312
3. Cum apare simțul umorului? Este el act spontan sau deprindere? .....	318
4. Condiții pro și contra umorului terapeutic .....	319
5. Tipologia pacienților receptivi la umor. ....	321
6. Modele teoretice și aplicative ale umorului în diferite orientări terapeutice. Sugestii pentru trainingul formativ al terapeutului .....	322
7. Umore în terapia de grup - studiu exemplificativ .....	327

## 1. Repere teoretice

Pentru o definiție a umorului ne oprim la dicționarul MACQUARIE: „Umorul este calitatea de a fi amuzant, facultatea de a percepe ceea ce este amuzant sau comic ori facultatea de a exprima amuzamentul sau comicul.”

„Calitatea de a fi amuzant” se poate referi la o situație, o glumă sau o persoană.

„Facultatea de a percepe sau exprima ceea ce e amuzant sau comic” s-ar referi mai mult la un individ.

Mergând mai departe, care este diferența dintre comic, glumă și umor?

Primele tentative de clarificare îi aparțin lui Freud în „Cuvintul de spirit și raporturile lui cu inconștientul”. El sugerează că eliberarea de energie, care este uneori exprimată ca râs, este derivată dintr-o economie de efort din altă parte. În glume (vorbe de duh) această economie de efort rezultă dintr-o comparare a realității cu o idee prelucrată rapid de inconștient. În comic sau caricatură această economie și plăcerea subiacentă provin din perceperea unei exagerări nenecesare în mișcările, acțiunile sau trăsăturile de caracter ale unei persoane. Prin mecanisme ca imitația, demascarea, parodia - comicul stârnește râsul degradând obiectul - țintă sau evidențiind disproporția existentă.

Umorul pe de altă parte ca cel mai înalt proces defensiv - e un mijloc de retragere a energiei din stări afective negative ca: furie, durere, neliniște și transformarea ei într-o emoție acceptabilă și producătoare de plăcere. Umorul implică transformarea fără efort conștient a durerii în plăcere, aceasta din urmă apărând ca energie valabilă pentru realizarea altor scopuri. Umorul e văzut ca un proces existent la un nivel mai matur de dezvoltare decât gluma sau comicul. El este în mod primar o atitudine față de un eveniment sau situație care fac amuzant ceea ce ar fi putut fi altfel trist. Umorul e considerat deci un semn al maturității emoționale (Haig, 1986).

O seamă de alți autori vin în sprijinul acestei idei: după Maslow indivizii autoactualizați, normali au un simț al umorului (Nevo, 1986).

În contrast cu pacienții psihiatrici, indivizii normali posedă un umor filozofic obiectiv - Allport (apud Leventon, 1992). Vaillant de asemenea consideră umorul ca tip de apărare matură - ce poate sta alături de sublimare, suprimare, altruism și anticipare. Umorul poate fi astfel utilizat ca strategie de a face față greutăților.

Oricât de multe încercări pentru elaborarea unei teorii complete asupra umorului s-ar fi făcut, încă rămâne imperioasă cerința a unificării și integralizării lor. În 1972 Kieth - Spiegel constata: „Multe afirmații sunt mai degrabă descrieri ale condițiilor sub care umorul poate fi experimentat decât încercări de a explica umorul.” (Foster, 1978)

Totuși, încă de atunci se încearcă o sistematizare a factorilor comuni ce apar în multitudinea teoriilor vremii. Spiegel concluzionează că umorul poate fi conceput:

- a) în termeni de simț al superiorității care poate fi câștigat prin ridiculizarea, batjocorirea altora;
- b) ca apărând dintr-o juxtapunere de idei sau percepții discordante sau incongruente;
- c) ca răspuns la surpriză;
- d) ca rezultat al mixturii unor emoții sau sentimente opuse (cum ar fi simpatia și animozitatea);
- e) ca eliberare a unei tensiuni sau încordări excesive;
- f) în termeni biologici, instinctuali sau evolutivi - apărând ca mecanism adaptativ, în-născut;
- g) ca insight asupra unor lucruri până atunci neînțelese;
- h) în termeni psihanalitici - ca descărcare provocatoare de plăcere a energiei psihice obișnuite.

Însă, după cum însuși autorul remarcă, aceste concepții nu se exclud unele pe altele, chiar se pot rearanja după alte criterii. Important este că fiecare conține un sâmbure de adevăr.

O altă încercare de sistematizare o face J. Foster în 1978 elaborând următoarele presupozitii privitoare la umor.

1. Deși umorul poate fi o caracteristică universală, modul în care fiecare individ îl pune în practică și îl înțelege ar trebui să fie considerat dintr-un cadru fenomenologic. Nu există absolutizări. Fiecare individ își are propriile măsuri pentru aprecierea umorului.
2. Umorul poate conține elemente de natură afectivă sau cognitivă.
3. Umorul poate fi folosit constructiv - pentru dezvoltarea persoanei sau distructiv - pentru a câștiga superioritatea asupra altora.
4. Deși e recunoscut faptul că umorul poate fi angajat în mod defensiv de către consilier, el e mai ales gândit ca expresie creativă - ca ceea ce Koestler numea „domeniul activității creative”. În acest sens umorul apare în mod spontan și onest.
5. Se poate argumenta că umorul poate masca depresia, nefericirea, suferința. Umorul, așa cum e conceput aici se referă la o stare mentală plăcută la care se poate ajunge doar după ce o stare neplăcută s-a depășit sau s-a risipit prin utilizarea umorului și a altor tehnici terapeutice.
6. Cu toate că frecvent izbucnirile în râs și exprimarea umorului pot masca tulburări emoționale, mai ales când aceste izbucniri sunt nepotrivite, în general vorbind, simțul umorului și în special abilitatea de a râde când și când de tine însuși e considerată un atribut al sănătății. Allport are în acest sens o poziție similară. El vede umorul ca „indispensabil sănătății mentale”. Umorul apare astfel nu doar ca indice al sănătății mentale, dar și ca vehicul prin care aceasta poate fi conservată.

O perspectivă și mai clară ni se conturează dacă raportăm aplicațiile practice ale umorului la marile orientări teoretice din psihologie. Din acest punct de vedere se disting:

- **abordarea psihanalitică** - reprezentată de Freud (1860), Grotjahn (1957), Kris (1953) și Kubie (1970). Această abordare subliniază potențialul diagnostic al

înțelegerii umorului pe care îl folosește pacientul - umor văzut ca o abreacție a impulsurilor instinctuale, mai ales a celor agresive. Oricum, folosirea activă a umorului de către terapeut nu este în mod obișnuit recomandată (Kubie) pentru că aceasta este inconsistentă cu rolul pasiv al terapeutului psihanalist clasic. Există însă și câteva excepții printre psihanalisti care sprijină folosirea umorului: Bloomfield (1980) Rosenheim (1974) - focalizându-se pe aspectul social-afectiv al comunicării prin umor. „Umorul este o experiență interpersonală folosită în serviciul lărgirii conștientizării de sine a pacientului (și anume în îmbunătățirea abilității sale de a se vedea obiectiv pe sine și pe ceilalți) și pentru dezvoltarea stării de pregătire pentru o reactivitate afectivă completă și liberă.” (H Rosenheim, 1974)

Umorul este văzut ca o cale de stabilire a unei relații spontane, calde cu clientul, de scădere a anxietății și a sentimentului de distanță socială dintre terapeut și client.

- **abordarea behavioristă** - în care umorul e văzut ca un răspuns ca oricare altul ce poate fi învățat și modificat, de aici valențele lui în educație, în atragerea atenției și menținerea vigilenței, în facilitarea învățării (Ziv, 1988).

- **abordarea cognitivă** - în care umorul apare ca mijloc de a ajuta oamenii să-și schimbe gândurile și percepțiile. Se consideră că oamenii își pot schimba comportamentele și își pot rezolva problemele lor emoționale schimbându-și ideile profund iraționale pe care le au (Ellis, 1977). Un factor comun al acestor idei este a lua viața prea în serios și a exagera semnificația lucrurilor. Ellis (1977) vede psihoterapia ca mijloc de a ajuta oamenii să lupte cu seriozitatea lor excesivă și cu gândirea absolutistă. Acest lucru poate fi realizat de către terapeut prin folosirea unor exagerări umoristice intenționate ale ideilor și situațiilor, având drept rezultat faptul că pacientul percepe iraționalitatea propriilor expectații.

Alte încercări de sistematizare s-au îndreptat către alcătuirea unor modele ale umorului. Hickson descrie două dintre acestea (apud Haig, 1986).

1. **De reducere a pulsionii** - în cadrul căruia amenințarea sau disconfortul provenite de la pulsionile primare de natură sexuală sau agresivă sunt modificate prin mecanismul eliberator de anxietate al umorului, devenind astfel întăriri secundare producătoare de plăcere - în termenii teoriei învățării.
2. **Cognitiv-perceptual**, ce presupune rezolvarea unei incongruențe sau paradox (a prinde sensul glumei - care e sursă de plăcere) și juxtapunerea înțelesurilor și simbolurilor într-o nouă relație - cu importanță în restructurarea și reorganizarea câmpului perceptual.

În pofida acestor încercări de sistematizare o întreagă serie de întrebări își așteaptă în continuare răspunsul.

- Este umorul o calitate universală ce stă în putința fiecăruia de a o dezvolta mai mult sau mai puțin ori este doar un dar, o înzestrare rară - așa cum o vede Freud?
- Dacă acceptăm cu încredere universalitatea sa, cum anume, prin ce mijloace, tehnici o putem noi spori?
- În ce privește umorul în psihoterapie îl putem considera un lucru apriori bun sau apriori rău? Care sunt condițiile care îi pun în valoare aspectele pozitive? Care sunt acelea ce-l fac contraindicat? Poate fi el aplicat oricărui client?
- Ce factori anume influențează receptivitatea pentru umor?
- În care dintre direcțiile psihoterapeutice ar putea avea el mai lesne șanse de reușită?
- Acționează altfel în grup decât în terapia individuală?
- Și în cele din urmă care e rațiunea lui de a fi - pentru terapeut, pentru client, pentru un om al zilelor noastre în general?

Pentru a putea răspunde în mod sincer și nepărtinitor la toate acestea trebuie mai întâi să admitem față de noi înșine că de oricare alt tip de terapie existentă se poate abuza în același fel ca și de umor. De aceea, ca și în cazul oricărei alte tehnici psihoterapeutice, legitimitatea și eficacitatea utilizării umorului vor depinde de un număr de parametri calitativi - și anume: cine face, ce face, de ce, când, cu cine, cum. Și mai de ajutor ar fi să considerăm umorul - metaforic vorbind - în chip de Janus cu două fețe - cea luminoasă și cea întunecată, reflectarea lor depinzând de măiestria noastră de a le mânui.

## 2. Către o clarificare a funcțiilor umorului

O trecere în revistă a literaturii de specialitate ne atrage atenția asupra a cinci funcții majore ale umorului:

1. ca formă de comunicare;
2. ca experiență corectivă;
3. ca eliberare de afect;
4. ca mijloc psihodiagnostic;
5. ca și cadru de confruntare a pacientului; cu sine și cu dificultățile existenței.

### 2.1 Umorul ca formă de comunicare

Cu siguranță umorul este o parte integrantă a dialogului uman. Iar psihoterapia, fiind un fel special de interacțiune interpersonală, poate utiliza umorul pentru facilitarea creșterii ego-ului prin insight-uri succesive și pentru îmbunătățirea deprinderilor sociale ale pacienților.

Umorele constructiv terapeutic poate fi definit ca mesaj comunicat empatic de către terapeut, într-un stil umoristic. Scopul său este de a atrage atenția asupra proceselor intrapsihice obișnuite ale pacientului sau a scoate în relief anumite aspecte ale întâlnirii lor interpersonale. Împărtășind cu pacientul aspecte nonformale și nonraționale ale proceselor interne sau externe, terapeutul încearcă să treacă prin platoul de rezistență al pacientului sau să reducă anxietatea.

A fi un terapeut cu umor implică în primul rând a fi pregătit pentru o mutualitate cu clientul.

Așa se face că acei terapeuți șovăielnici în a admite umorul în interacțiunile terapeutice pretind adesea că el subminează „distanța terapeutică”. Acest argument poate fi foarte bine o raționalizare a acelor terapeuți care se tem de apropierea prea mare ce apare în relație.

Umorele terapeutic se depărtează de acele feluri formale de clarificări și interpretări în virtutea acestei participări apropiate cu pacientul într-o experiență interioară. Umorul e caracterizat printr-o măsură a **căldurii și libertății afective care-i demonstrează pacientului că terapeutul îl poate tolera într-un mod firesc, natural.**

Umorele este intimitate. El îi expune pe amândoi participanții - de aceea cei doi trebuie să se fi cunoscut în prealabil și să fi dobândit deja o anumită încredere în capacitatea de a-și împărtăși un înțeles comun al comunicărilor verbale sau nonverbale (Rosenheim, 1974).

În mod frecvent umorul comunică un mesaj dublu nivelat, conținutul lui verbal poate fi critic, în timp ce aluziile nonverbale exprimă suportul și încurajarea.

Kubie (1971) - unul din criticii cei mai vehemenți ai locului umorului în terapie recunoaște totuși că umorul poate avea o influență umanizatoare, uneori poate fi un lubrifiant social - în diminuarea tensiunii și jenei ori poate facilita inițiativa în comunicare și conversație. La fel de bine însă o atmosferă impersonală de jovialitate poate inhiba. Mai departe - spune el - e adevărat că umorul uneori exprimă căldură și afecțiune. Alteori prin aceasta el maschează ostilitatea. S-a argumentat faptul că - îndreptat către „oponenții” din viața pacientului, umorul comunică o atingere umană, un contact, crescând apropierea între terapeut și pacient. Cu toate acestea, există uneori la pacient îndoiala că de fapt el ar fi ținta indirectă a acestui atac.

În cazurile cele mai rele, în loc de a facilita comunicarea, umorul se transformă într-o tentativă de constrângere a pacientului în a reacționa cu umor - ceea ce nu poate decât să-l blocheze pe acesta, să îi anuleze cu totul exprimarea sentimentelor negative față de acest lucru și în final să submineze terapia. Se ajunge astfel în penibila situație în care „se profită” de pacient.

Problema ne amintește de binecunoscutul clovn de la curtea regală care avea „încetățeni-rea” de face haz, chiar și de către monarh, dar sub amenințarea că oricând furia regelui s-ar putea abate asupra lui. Aici - clientul e monarhul care își poate pierde calmul, iar terapeutul - cel care face exercițiul de echilibristică. Pe de altă parte, dacă modul normal de comunicare al pacientului include tachinări și hazul, terapeutul trebuie să fie capabil de reciprocitate, și de a participa în acest fel la început pentru a ajuta terapia.

Există de altfel o categorie specială de pacienți la care pericolul respingerii unui astfel de început umoristic e mult mai riscant - e vorba despre adolescenți, la care dificultatea de integrare în terapie poate fi depășită tocmai răspunzând pozitiv unei astfel de atitudini umoristice. În plus, printr-o asemenea atitudine, ei pot de fapt încerca abilitatea terapeutului de a-i înțelege. Desigur, această tendință poate exprima și o evitare a adevăratelor probleme - iar atunci terapeutul își va asuma deloc ușoara sarcină de a-l ajuta pe adolescent să delimiteze comicul de seriozitate, distracția de angajament (Rosenheim, idem op. cit.).

Nu e deloc de prisos să amintim potențialul distructiv pe care umorul îl poate avea în comunicare; bătaia de joc, sarcasmul, discredita-rea, ironia sunt doar câteva exemple. El poate fi la fel de bine o „armă care rănește” în situații unde nu există respect mutual.

### 2.2. Umorul ca experiență corectivă

Egală în importanță cu prima, funcția corectivă a umorului vizează în fapt capacitatea de testare a realității, „ego-ul observator” al pacientului. În acest sens, pacientul e invitat să aibă o privire alternativă a modurilor sale de a percepe sau reacționa - prin intermediul remarcilor hazoase, a glumelor, a anecdotelor.

Reacția umoristică a terapeutului prezintă de regulă o dublă provocare față de fermitatea capacității de testare a realității a pacientului; în primul rând față de „ego-ul observator” al acestuia, apoi față de percepția pacientului în legătură cu motivațiile altora - în acest caz ale terapeutului.



Scopul remarcilor umoristice ale terapeutului este de a extinde abilitatea pacientului de a-și examina propriile atitudini și comportamente în mod critic și realist. Regăsim aceasta în definiția lui Sullivan asupra umorului drept „capacitatea de a menține un sens al proporției raportat la importanța situațiilor de viață în care cineva se găsește”.

Atunci când acest „ego care observă” se privește pe sine însuși cu umor este ca și când „ar privi la ceva până atunci ascuns și acum l-ar recunoaște ca pe ceva familiar”.

Nu mai puțin important decât capacitatea de auto-observare este aspectul interpersonal al testării realității în abordarea umoristică. El testează încrederea și deschiderea care predomină în alianța terapeutică. Aproape prin definiție, o persoană care vine la psihoterapie suferă într-un fel sau altul (conștient sau inconștient) de dubii în legătură cu valoarea sa și de nesiguranță în legătură cu soliditatea relațiilor sale. Ea se simte oricum vulnerabilă într-o anumită măsură. Deci când terapeutul direcționează o remarcă umoristică spre acea persoană e foarte probabil să-i stârneasce un lanț întreg de întrebări. „Ce crede terapeutul despre mine? Își râde de mine? Vrea să se distanțeze de mine?” Rezultatul acestor deliberări interioare (exteriorizate sau nu) va depinde în mare măsură de încrederea pacientului în bunăvoința terapeutului și în motivația lui de a ajuta. De aceea e crucial pentru terapeut să diagnosticheze capacitatea pacientului de a trece printr-un asemenea test (că el nu e paranoic - de exemplu). Dacă pacientul percepe umorul terapeutului ca zeflema, un pas e făcut înapoi. Oricum, dacă pacientul poate accepta natura suportivă a abordării prin umor amândoi au ceva de câștigat. E de ajutor a explora în anumite momente ce simte pacientul despre remarcile umoristice adresate lui. Adesea se pot ivi asociații și sentimente utile despre terapeut (Rosenheim, ibidem).

Ce mai înseamnă această testare a realității?

Înseamnă un fel de detașare prin umor a lua distanță față de și a-ți putea stăpâni lumea fan-teziilor.

Înseamnă eliberarea individului din închisoarea modelului său îngust asupra realității și deschiderea către o nouă libertate cognitivă și afectivă.

Conceptualizat, înseamnă „reframing” - o reîncadrare ce face posibilă conștientizarea marii varietăți de alternative deschise în fața noastră și a abilității noastre de a alege.

Un pericol pe care Kubie îl subliniază aici este tocmai afectarea vigilenței acestor mecanisme de auto-observare ale terapeutului - atunci când relația pacient/terapeut nu se mai păstrează în liniile clasice.

Poate că și acest aspect a fost avut în vedere atunci când Heuscher (1980) întemeiază umorul ca forță deconstitutivă în viața individului.

Folosită judicios, poate fi însă element de creștere, element al unei schimbări necesare. I se recunoaște ca trăsătură universală această calitate de „schimbare bruscă sau lărgire a orizontului experiențial al receptorului prin revelarea de noi opțiuni.” (Henscher, 1980)

Deși în concepție psihanalitică gluma sau umorul apar doar ca eliberări ale dorințelor sau impulsurilor inconștiente, de bună seamă ele cuprind mai mult. O schimbare a orizontului experiențial al individului cu siguranță poate descoperi conținuturi altfel reprimite. Dar nu mai puțin revelează bogăția de sentimente, idei, atitudini care încă nu sunt ori nu mai sunt parte din realitatea curentă a individului.

„Starea de nerealitate” creată prin situațiile umoristice este astfel perspectiva unui nou „construct despre lume”. Modelul despre lume al subiectului, adică modul în care își structurează existența, este brusc - chiar dacă temporar - modificat, ca rezultat al esenței unei glume. Această concepție despre lume este un aspect crucial al identității individuale și schimbarea ei ar putea fi sursa unei puternice anxietăți dacă s-ar produce altfel decât prin umor. Acest model despre lume nu se reduce la identitatea personală, ci cuprinde, așa cum am mai spus, și aspecte interpersonale - și anume acele relații intersubiective autentice, adevărate ce exclud aspectele tehnice, manipulative. Tocmai în cadrul unor astfel de coordonate: de respect mutual, permisivitate, căldură, absența oricărei exploatare umorul are mai multe șanse de a fi constructiv (Henscher, idem op. cit.).

Umorele, clovneria rituală, jocul de rol ne fac să sesizăm în mod critic stilurile noastre de viață obișnuite.

Aducându-ne înaintea lumi alternative, diferite, lărgite, ne ajută să constientizăm ideile de bază pe care ne-am construit lumea, schemele bine ascunse cu care trăim. Avem libertatea de a alege vreuna din alternative ori chiar să nu ne schimbăm stilul de viață.

Însăși faptul de a realiza că lumea noastră individuală sau culturală e întotdeauna una selectată, restrânsă și de a recunoaște că am putea alege altceva ne aduc într-un nou raport - mai liber cu lumea noastră prezentă. Uneori psihoterapia se centrează prea mult pe schimbare, creștere, exploatarea potențialităților, uitând că pentru unii dintre indivizi angajarea conștientă, liberă într-un câmp restrâns de interese poate fi la fel de autentică.

În ipostaza ei nereușită, a glumi în psihoterapie înseamnă „a te juca de-a schimbarea” - și de fapt a rămâne în siguranța agitată a existenței tale de neschimbat.

Despre calitatea rebelă a umorului Levine (apud. Henscher, ibidem) afirma odată că reprezintă „o retragere voluntară din realitate - în contrast cu retragerea involuntară, neadaptativă, patologică din nevroze și psihoze.

E ca și un răgaz de destindere în holospațiu; starea de nerealitate creată de către situațiile umoristice poate fi văzută ca o nouă realitate potențială. Prin adoptarea unei atitudini umoristice suntem liberi să gândim sau să facem lucruri neortodoxe, să experimentăm sentimente neortodoxe, să contemplăm acțiuni neortodoxe și să ne bucurăm de ele fără a ne simți vinovați. Câștigăm astfel o perspectivă lărgită a realității noastre personale și sociale de zi cu zi.

Traduse în viziunea lui Rosenheim, aceste cuvinte ar suna așa: „Umorele dă posibilitatea individului de-a adopta o poziție în care vacile sacre și tabuurile sunt luate mai puțin în serios, chiar dacă temporar. În timpul acestui răgaz o reorganizare de atitudini poate fi inițiată”.

### 2.3. Umorele ca eliberare de afect

Trecând la cea de-a treia funcție a umorului, nu puțini sunt aceia care recunosc:

„Prea adesea întâlnim în terapie oameni al căror ton afectiv e excesiv de întunecat, mohorât - fie temporar - ca în depresia reactivă, fie permanent - ca în personalitatea schizoidă sau cea obsesivă.

Nu e nici un motiv pentru terapeut să se dea bătut printr-o atitudine defensivă sau de izolare afectivă.

Nici ei nu doresc cu adevărat pe cineva cu care să împartă disperarea proprie în ceea ce privește „abilitatea” lor de a experimenta viața și pe ei înșiși mai vivace. Faptul că ei în mod obișnuit văd viața în negru și cenușiu nu înseamnă că ei nu pot fi gândiți în termenii unei viziuni colorate a vieții. Rolul nostru cu siguranță nu e de a amuza, dar acești pacienți au nevoie să li se arate și partea luminoasă a vieții - pentru a folosi cuvintele din Ecclesiast (3,4): „Vreme este să plângi și vreme să râzi. Vreme este să jalești și vreme să dănuiești”. „Învățarea unei asemenea modulări emoționale se poate face prin aplicarea unor doze gradate de umor în terapie. Se poate începe prin simpla împărtășire a unei glume cu pacientul sau prin a face o remarcă umoristică față de tine însuși decât una direcționată spre pacient.” (Rosenheim, ibidem)

Umorele într-adevăr poate avea un rol important în modularea dispoziției ce caracterizează ședința respectivă și ca manipulator al stării afective în general. În sprijinul acestei idei vin alte câteva afirmații.

Kubie - de exemplu subliniază că o abordare mohorâtă, excesiv de serioasă dăunează de asemenea, mai ales când în istoria pacientului întâlnim antecedente de acest gen. Se impune astfel ca imperativ, modelarea folosirii umorului pe parcursul terapiei, în funcție de pacient.

Nelson (1987) adaugă în același spirit: „Prin umor se obține o diferențiere și o modulare lărgită a formelor de expresie emoțională, în contrast cu descărcarea polară, bifazică frecvent întâlnită în stările maniacale și depresive”.

### 2.4. Umorele ca mijloc psihodiagnostic

Și iată cum umorul își face intrarea pe terenul psihodiagnozei ca mijloc de monitorizare a rezultatelor programului terapeutic, în evaluarea stărilor statice și dinamice ale clientului, la începutul sau sfârșitul terapiei sau în general, ca ajutor în aprecierea multitudinii de efecte ale mediului asupra clientului.

De asemenea, i se recunoaște rolul de mecanism diagnostic în identificarea ariilor conflictuale și a stilurilor de a face față greutăților în general. La fel de bine răspunsurile pacientului la umor și folosirea umorului de pacientul însuși pot indica gradul maturității sau regresiei acestuia.

O seamă de date empirice susțin aceste afirmații.

Rosenheim de pildă, subliniază că „introducerea atentă a remarcilor umoristice ca un „balon de probă” în interviul inițial poate avea o valoare diagnostică în valorizarea capacității pacientului de spontaneitate și de pregătire pentru o autoexplorare activă”. Domash (1975) admite valoarea umorului ca indice al progresului tratamentului în cazul particular al unui copil psihotic borderline.

Hickson se referă la patru terapeuți care au raportat o corelație între aprecierea umorului și nivelul forței eului și folosirea răspunsurilor umoristice ca important indicator diagnostic al schimbării pacientului - mai ales în depresie (Haig, 1986). Pe aceeași linie, Nussbaum și Michaux (Cassel, 1994) consideră răspunsul la umor ca valoros indicator diagnostic al schimbării pacientului și încă - mai ales la pacienții depresivi umorul e util în:

- diagnosticul profunzimii depresiei la începutul terapiei;
- observarea unui răspuns timpuriu al depresiei;
- obținerea unui prognostic asupra evoluției terapiei;
- obținerea unor indicații prețioase de la pacient în legătură cu dinamica ce stau la baza depresiei lor.

Alți doi autori, Hanelson și Stroud Cassel, idem, op. cit.), subliniază valoarea umorului ca indicator al schimbării pentru pacienții diagnosticați ca schizofrenici. Și, în fine, Strother, Barnett și Apostalagos, ibidem) discută eficacitatea benzilor de desene animate ca procedee proiective de a provoca răspunsul clientului.

## 2.5. Umorul cadru de confruntare cu sine și cu dificultățile vieții

În cea de a cincea sa ipostază majoră, umorul devine cadru de confruntare al individului cu el însuși și cu dificultățile existenței.

Prin aceasta înțelegem că acel context umoristic îl dotează pe pacient cu apărarea necesară pentru a se confrunta cu sentimentele, ideile sale neacceptabile într-un mod productiv.

În aceeași direcție, umorul poate ajuta pacientul în dezvoltarea unei toleranțe crescute pentru suferința care adesea însoțește procesul de autorevelare (Allen, Reynes, 1987)

Prin ceea ce are el esențial, umorul permite individului să spună lucruri pe care altfel nu le-ar spune sau să ia lucrurile altfel decât le-ar fi luat în mod obișnuit

În final devine foarte greu de făcut o distincție netă între toate aceste aspecte ale umorului; cognitiv, comunicațional, afectiv, diagnostic, suportiv - astfel încât pastrându-ne o viziune globală asupra fenomenului în cauză ne alăturăm cuvintelor lui J. Cassel (1994): „Umorul este un fenomen social atotpătrunzător. El apare în mod natural și spontan în prezența altora și astfel se transmite printre indivizi în mod primar ca tip de comunicare. Umorul fără un referent clar - de exemplu când un individ râde de unul singur - e perceput ca deviant în cultura noastră și de aceea evitat ca mod de exprimare și comunicare. Ca dispoziție de a face față greutăților, umorul transmite informații care ar fi dificil de transmis într-un alt fel (avem în vedere aici tabuuri culturale despre sex, boală, moarte, conflicte interpersonale, etc.)”.

Coser (apud. Cassel 1994) de pildă, într-o investigație asupra funcției umorului într-un spital psihiatric găsește că pacienții într-adevăr foloseau umorul ca o formă de „înțelegere”, ca un mijloc de a se adapta noilor roluri de pacienți și de a comunica personalului fricile și îngrijorările lor despre boală, diminuarea autonomiei și identității lor ca persoane.

Desigur că și aici există un revers al problemei; la fel de bine umorul poate fi folosit și către evitarea problemelor importante și a schimbării. Stă în puțința terapeutului de a evita o asemenea capcană și a nu întări un astfel de comportament.

S-ar putea crede că toate acestea fiind spuse am epuizat în linii mari funcțiile umorului.

Ne simțim însă datori să trecem în revistă - fie și rezumativ - bogăția implicațiilor pe care umorul le poate încă avea în procesul terapeutic.

Mai întâi de toate umorul reduce anxietatea pe care adesea clienții o experimentează în terapie. S-a speculat în acest sens că folosirea lui poate demonstra clientului că terapeutul îl va accepta și trata ca pe o persoană mai degrabă decât ca pe o problemă. O lumină asupra mecanismului intim al relației umor - anxietate ne-o aduce Wolfenstein (Domash, 1975) care face o comparație interesantă între folosirea ambiguă a cuvintelor în glume și poezie; în poezie înțelesurile multiple ale cuvintelor se întăresc unele pe altele - aproximativ la fel cum se face fuziunea imaginilor în vise, astfel intensificându-se impactul emoțional. În glume, utilizarea dublului înțeles al cuvintelor reduce impactul imaginilor prin incompatibilitatea lor reciprocă și scade anxietatea. Cu valență negativă, umorul poate, pe de altă parte doar să mascheze anxietățile terapeutului sau pacientului, mai ales pe cele greu tolerabile.

O altă contribuție de amintit este umorul ca potențator al alianței terapeutice (Haig, 1986). Prin aceasta el dă posibilitatea pacientului de a se implica într-o experiență interioară ce presupune naturalețe și intimitate și îi poate facilita contacte mai gratificante cu alții mai ales când apare spontan în terapie. În ipostaza de avocat al acuzării, Kubie (1971) este de părere că umorul subminează de fapt relația terapeutică, incognito-ul necesar terapiei analitice care presupune separarea relațiilor profesionale de cele sociale pentru a proteja pacientul față de slăbiciunile morale ale terapeutului. De pe poziția unei obiectivități riguroase, trebuie să spunem aici că psihoterapia în general și psihanaliza trebuie privite diferențiat. Căci în psihoterapie relația pacient-terapeut e mult mai tranzacțională și remediabilă cu accent pe interacțiune, iar interacțiunea poate fi facilitată prin umor.

Un aspect surprinzător al umorului este acela de a facilita folosirea așa numitei „arii tranziționale”. Astfel, o glumă sau umorul apărute într-un context interpersonal pot fi văzute ca fenomene aparând într-o arie tranzițională pe care Winnicott (apud, Haig, op. cit.) o descrie ca „spațiu potențial între mamă și copil în care apare posibilitatea de joc, schimburi reciproce și împărtășirea realității”.

Umorul spontan poate facilita folosirea unei asemenea arii tranziționale în psihoterapie.

Umorul mai apare de asemenea ca o cale acceptabilă de evacuare a sentimentelor de ostilitate (Haig, 1986) și ca moderator al tendințelor intrapunitive. De multe ori însă, el este ambivalent și foarte greu de separat în intențiile sale ostile sau binevoitoare. Pericolul se dublează când luăm în considerare precauțiunea că adeseori această ostilitate poate apare înconștient fie prin simpla imitare a pacientului, fie chiar și prin a-i răspunde la tăcere cu tăcere.

Într-o altă ipostază duală, umorul poate reprezenta un element de întărire a forței eului când urmărește triumful individului asupra lumii periculoase și transformarea durerii sau tristeții în stări pozitive sau un element de slăbire a forței eului când are ca finalitate triumful narcisismului. Această capcană e valabilă și pentru pacient, și pentru terapeut, astfel, terapeutul își poate dori să demonstreze abilitatea lui și înzestrarea lui utilizând umorul într-un mod exhibiționist. La rândul lui, pacientul ajunge la o negare a realității, la reprimarea sau suprimarea conflictelor și durerilor lui și izolarea egoului său narcisic. Ba chiar, printr-o atitudine exagerat centrată pe umor ajunge să-și subaprecieze trăsăturile și capacitățile sale cele mai bune, adâncindu-și astfel nevroza și crescând în mod sigur ostilitatea.

Legată de aceasta, o altă utilizare a umorului are ca scop a face o impresie bună terapeutului, a plăcea, a-i câștiga acceptabilitatea. Reciproc, terapeutul poate recurge și el la aceasta pentru a se face plăcut, a-i câștiga admirația pacientului, a se prezenta pe sine favorabil.

Revenind pe domeniul psihanalizei, umorul poate în plus facilita acceptabilitatea interpretărilor și stimula asociațiile libere (Haig, 1986), fisurând platoul de rezistențe al individului. Astfel în prima etapă face posibilă eliberarea față de apărările rigide, apoi îl ajută pe individ să se conducă spre propriile resurse interioare, să ia contact cu zone intime de care nu a fost pe deplin conștient și să-și lărgască repertoriul de a face față vieții. Pe de altă parte, unii autori aduc contraargumentul că tocmai umorul poate devia fluxul de gânduri și sentimente ale pacientului de pe sâgașul lor spontan și chiar le poate bloca. Există însă amendamentul că în circumstanțe speciale al are această funcție facilitatoare.

Este încă de specificat umorul ca un cadru de obținere a insightului atât de către pacient, care ulterior folosește aceste insighturi în limitarea, ghidarea, controlul exprimărilor sale simptomatice, cât și de către terapeut în înțelegerea mai profundă a problemei pacientului.

Folosit în varianta lui malefică, umorul poate ajunge mijloc de a submina încrederea în însuși profesionalismul terapiei (Kubie, 1971). Astfel el pune sub semnul întrebării seriozitatea terapeutului și confuzionează pacientul.

Am lăsat la final problema relației între umor și contratransfer, cu aspectele ei multiple; mai întâi umorul poate fi un indicator al contratransferului sau chiar îl poate facilita, fiind probabil cea mai seducătoare formă a lui, apoi în situațiile în care terapeutul devine excesiv de anxios la umorul pacientului sau evită cu orice preț umorul, acest lucru e important în înțelegerea contratransferului. La rândul lui contratransferul poate influența utilizarea terapeutică a umorului în două moduri: în forma inabilității terapeutului de a avea o atitudine umoristică atunci când situația o cere sau din contră, a avea o astfel de atitudine în mod nepotrivit situației.

### **3. Cum apare simțul umorului? Este el act spontan sau deprindere?**

Pentru a răspunde la o asemenea întrebare ne întoarcem asupra originilor umorului.

Copilul încă de devreme zâmbește — ca răspuns la vocea sau figura mamei, la atingerea fizică și la alte percepții familiare care îi sunt probabil provocatoare de plăcere.

Într-o etapă mai avansată a copilăriei jocurile „de-a v-ați ascunselea” devin o sursă de amuzament. Ele îi produc o tensiune sau anxietate momentană — când mama dispare, care e probabil asociată cu dificultatea copilului de a menține constanța obiectului. Această tensiune se eliberează când mama re apare și elibetrarea tensiunii se exprimă prin râs. Copilul învață așa că poate controla dispariția și apariția mamei prin mișcări ale capului sau ascunzându-se el însuși și aceasta îi dă un sens al controlului asupra realității și abilitatea de a altera producerea și eliberarea tensiunii.

Jocurile de felul acesta sunt un mod jucăuș de a-l pregăti pe copil pentru perioadele de mai târziu, când va fi separat de mamă. Jocul se termină întotdeauna cu apariția mamei sau copilului. Această manifestare timpurie de plăcere e precursorul umorului omului matur. Și de fapt aceste jocuri „de-a v-ați ascunselea” nu sunt departe de ceea ce se petrece în psihoterapie.

Deși copilul mic prinde sensul comicului, clovneriei, desenelor animate sau grotescului, abilitatea de a înțelege glumele verbale nu e prezentă încă până când nu se produce o dezvoltare ulterioară a deprinderilor limbajului. Jocurile de cuvinte și rimele sunt provocatoare de plăcere pentru copilul mic, deși această plăcere apare datorită repetiției și familiarului — mai degrabă decât ca urmare a unei gimnastici mentale complexe.

Concepția freudiană despre umor și capacitatea de a adopta o atitudine umoristică presupune existența abilității de a gândi în termeni abstracți și existența unei experiențe extinse asupra lumii. Cu toate acestea, individul matur, pentru a se putea bucura de umor, are nevoie să păstreze ceva din prospețimea copilului de a se încanta și a râde (1976, Haig).

Apare în acest context, inevitabil, problema spontaneității umorului.

Iar răspunsurile care s-au dat pînă acum la aceasta acoperă un întreg continuum: de la afirmația că el poate fi planificat, structurat, conservat și servit sub formă de „pastile” la momentul potrivit, pînă la aceea că este un act integral spontan, un efort creativ prin excelență și că orice încercare de a-l folosi în mod planificat are foarte puține șanse de eficiență.

S-a observat de pildă că gluma deliberat inițiată de către pacient nu mereu lasă loc unei intervenții terapeutice imediate. De obicei i se răspunde prin râs sau altă glumă. În contrast cu glumele, umorul apare de cele mai multe ori spontan în relația terapeutică.

Care este însă mecanismul intim de funcționare al acestui proces?

Specificările lui Kris (apud Allen, Reynes, 1987) ne sunt aici foarte de folos: „procesul creativ, spune el, cu aspectul său particular umoristic, necesită mai mult decât o consimțire de a permite contactul cu aspectele primitive ale experienței noastre.

Ar părea că umorul este un vehicul ce permite simultan individului venirea în contact cu aspecte puțin accesibile ale experienței sale, dar îi oferă și un cadru îmbogățit, lărgit, în interiorul căruia o stare experimentată inițial ca relativ nedefinită sau nerecunoscută să poată fi articulată.

Și mai departe: cum ajungem în contact cu acea parte creativă din noi?

„În joc și numai în joc copilul sau adultul este capabil de creativitate sau își poate folosi întreaga sa personalitate. Legat de aceasta este faptul că numai în joc comunicarea este posibilă, cu excepția comunicării directe care ține de psihopatologie sau de o imaturitate extremă.” (Winnicott, idem, op. cit.)

Jocul este o caracteristică universală și aparține sănătății, el fiind cel care **facilitează creșterea, îmbogățirea individului.**

Prin funcția esențială pe care o are: aceea de a permite imaginației să se extindă, el lasă individul să își dezvolte acele potențialități, funcții și conținuturi mentale care în întâlnirea cu realitatea cotidiană au fost sacrificate în mod repetat și care au dus la o structurare inadecvată a personalității. **Jocul în scop psihoterapeutic are o funcție liberatoare și experimentală. Persoana, datorită eliberării creativității se află în stadiul căutării unei noi căi pentru a-și consolida roluri noi, adecvate realității.**

Pe de altă parte jocul este legat de plăcere, destindere. El are de-a face cu starea de copil, cu procesele primare, cu inconștientul. Jocul ne permite să redevenim copii sau, cel puțin, să accedem la partea noastră „de copil” și să atingem acele forme de creativitate pe care cu timpul le înăbușisem. În plus, jocul este intim conectat cu **spontaneitatea.** Aceasta intensifică jocul, care la rândul lui sporește spontaneitatea celui care o acționează. Acest factor S este cel care stimulează transformarea realității, care ajută la ruperea schemelor și evitarea cristalizărilor.

Și unul dintre cele mai potrivite cadre de a aduce împreună toate aceste realități și de a le da viață în cadrul procesului terapeutic este **acțiunea psihodramatică.**

Și aceasta pentru că a face psihodramă înseamnă permisiunea de a te juca, de a experimenta noul și necunoscutul, încurajarea de a crește, de a te schimba, de a fi diferit, să învingi teama de a fi ridicol ori de a te expune și să renunți la distanța critică față de ceilalți, libertatea de a te juca și totuși de a participa cu o intensitate serioasă în terapie.

Prin marea flexibilitate a tehnicilor sale — nu amintim decât încălzirea, dublul, jocul de rol sau inversiunea și a instrumentelor de care dispune (scenă, protagonistul, auditorul), psihodrama devine una dintre cele mai adaptabile și permissive modalități terapeutice.

În același spirit Grete Anna Leutz în lucrarea „Reprezentarea vieții” spune: „Datorită jocului, care se dezvoltă într-o manieră spontană, fără constrângeri, într-un mod aproape involuntar, psihodrama a depășit una din barierele considerate tabu de către medicină.

S-a depășit bariera dintre lumea deseori dură, încărcată de idei preconcepute și puternic a-spontană a adulților și mediul copilului, plin de spontaneitate, lipsit de prejudecăți și cu o mare flexibilitate și autenticitate a existenței... calități ale copilului, care — mai târziu — din cauza unor relaționări perturbatoare și a constrângerilor realității, sunt abandonate. Ne gândim în special la spontaneitate și autenticitate, la încredere și la aducțiunea ludică. În locul lor apar, în prim plan, frica, neîncrederea, pragmatismul, rezerva, lucruri ce caracterizează viața adultului și a universului său...

Dacă psihodrama, prin jocul spontan, se referă la acest mod de a fi al copilului, nu trebuie să interpretăm acest lucru ca o invitație la fugă din fața realității. Dimpotrivă, cheamă individul la o confruntare spontană, autentică și creativă cu realitatea, pentru că în concepția antropologică a acestei metode, o astfel de confruntare se dezvoltă în principal în câmpul interpersonal.” (pag. 33-34).

### **4. Condiții pro și contra umorului terapeutic**

Întorcându-ne la una din întrebările inițiale care își căutau răspunsul putem noi spune acum care sunt condițiile în care umorul e bine să fie experimentat și care sunt cele contraindicate ?



În mod sigur e mult mai ușor să vorbești despre ceea ce **nu** trebuie să faci decât să precizezi **cum** poate fi umorul folosit efectiv. Nu există nici un plan de urmat pentru consilier sau pentru terapeut. Utilizarea potrivită a umorului e întotdeauna o problema de bun gust și de bună sincronizare. Așa cum unui chirurg experimentat nu trebuie să i se reamintească diferența dintre apendectomie și amigdalectomie, așa și terapeutul știe (învață) nuanțele umorului.

Totuși, câteva indicații concrete se pot da:

Kubie (1971), de exemplu, recomandă a răspunde la umorul spontan al pacientului cu aceeași armă, mai ales în perioada ulterioară a terapiei, când s-a înregistrat deja un progres sau la sfârșitul terapiei ori la întreruperea ei. Există însă și aici riscuri:

- ca terapeutul și pacientul să se lase păcăliți de faptul că finalul terapiei e mai aproape decât e în realitate;
- ca pacientul să ascundă astfel unele simptome încă persistente și alte probleme nerezolvate sau conflicte neconștientizate.

Singura soluție rămâne vigilența terapeutului.

Alți autori consideră aceste întâlniri cu umorul de preferat atunci când pacientul are nevoie de o detașare temporară de credințele, sentimentele sau valorile lui excesiv de rigide.

În schimb Greenwald (1977) atrage atenția când să nu folosești umorul - ca terapeut, atunci când nu-ți place pacientul respectiv - pentru că în aceste condiții umorul are toate șansele să devină distructiv.

Pe aceeași direcție se înscrie afirmația lui Alexander (1974) că umorul e posibil doar când egoul se simte relativ în siguranță.

O altă categorie de autori găsesc convenabil în a adăuga umorul ca simplă condiție facilitatoare în terapie, ca și empatia, confruntarea, autodezvăluirea.

Pentru cei mai mulți dintre ei însă calitatea relației terapeutice este cel mai bun criteriu de evaluare (Henscher, 1980). Extinzând, O'Connell (apud Rosenheim, op. cit.) afirma: „Umorel, ca și gluma, nu poate fi înțeles monadic, ci doar diadic - acolo unde oamenii se influențează unii pe alții. De aceea explicația trebuie să vină de la intrapsihic către interpersonal.

Până când umorul nu produce în oameni o cât de neînsemnată creștere, el nu este deloc umor, chiar dacă monadic el s-a intenționat așa.”

În fapt, clientul rămâne în mare măsură arbitru al efectivității terapiei, dar terapeutul diagnostichează starea de pregătire a clientului pentru un astfel de răspuns. E nevoie de asemenea să se ia în considerare nevoile clientului și structura sa de personalitate.

Mindess (1971) conchide încurajator: „cea mai bună cale pe care o preconizez pentru noi ca terapeuți pentru a încuraja o atitudine umoristică la pacienții noștri este de a menține o astfel de atitudine în noi înșine.”

De partea opusă Kubie afirmă că deși este un instrument sigur și eficient în mâna terapeuților experimentați, **pentru terapeuții începători umorul este un pericol complex, subtil și adesea imprevizibil**. Mai ales pentru aceștia - spune el - poate părea mult mai ușor să introducă anumite teme de discuție dureroase (și pentru terapeut, și pentru client) prin intermediul umorului decât pe alte căi. Pentru orice începător a face față unei situații terapeutice noi înseamnă a-ți asuma responsabilitatea printr-o combinație de teroare mascată și furie - umorul apărând atunci simultan ca o scăpare și ca o defensă.

Și, consecvent poziției sale negativiste, continuă: „N-am văzut nici măcar un pacient pentru care umorul în tratament să reprezinte un ajutor sigur, valoros și necesar.” (1971, op. cit.)

Luându-ne precauțiunea de a nu spune în legătură cu nici un lucru „niciodată” sau „întotdeauna”, credem că un prim pas pentru oricine ar fi **recunoașterea faptului că umorul își are uneori locul în terapie**. Al doilea pas - a te simți confortabil folosindu-l - vine cu timpul.

Sintetizând toate cele spuse până aici, putem vorbi în termeni polari despre aspectele pozitive sau negative ale umorului prin următoarele sintagme: „a râde cu (a râde împreună cu)” vs. „a râde la”. Iată ce înseamnă efectiv fiecare din ele :

#### „A râde cu“:

1. a dori o dispoziție veselă;
2. atitudine bazată pe grijă și empatie;
3. construiește încrederea;

4. include pe ceilalți în „veselia generală”;
5. persoana alege voluntar să fie ținta glumei (ca în a râde de tine însuși);
6. a te amuza - învățând oamenii să râdă;
7. suportiv;
8. apropiind oamenii;
9. duce la replici spirituale pozitive;
10. ia în râs slăbiciunile general umane.

#### „A râde la“:

1. atitudine bazată pe nepăsare și insensibilitate;
2. distruge încrederea;
3. exclude anumite persoane;
4. persoana nu are de ales (e obligată să fie ținta glumei);
5. a abuza - ofensând oamenii;
6. sarcastic;
7. divizând oamenii;
8. duce la un cerc vicios de replici negative;
9. întărește stereotipurile - selectând un anumit grup restrâns ca „țintă”.

Deviza generală care ne-ar ușura discernământul despre **cum să mânuim umorul ar fi: umorul înseamnă „a transforma suferința prin râs” și nu „a produce suferință prin râs.”** (Goodman apud Goldstein, McGee, 1983)

O încercare de operaționalizare și un ajutor în evaluarea umorului terapeutic o face J. Foster alcătuind o scală pe cinci nivele:

**Nivelul 1:** încercarea umoristică a terapeutului e evident ostilă, jignitoare sau sexuală ca natură și încetinește în mod considerabil relația terapeutică provocând la pacient retragerea, tăcerea sau un feedback explicit al nemulțumirii și chiar rănirii lui.

**Nivelul 2:** Remarcile terapeutului, deși nu sunt malițioase, cu toate acestea afectează relația terapeutică mascând de fapt anxietățile terapeutului sau clientului ori fiind inoportune - fapt observat prin aceea că pacientul nu le ia în seamă sau „nu se prinde de poanta” glumei.

**Nivelul 3:** Remarcile terapeutului sunt destul de hazoase pentru a provoca o apreciere moderată din partea clientului, dar nu conduc la o înțelegere de sine mai adâncă a acestuia.

Clientul poate în asemenea situații zâmbi sau fi de acord cu ceea ce s-a spus, dar nu există nici o evidență că a experimentat problema într-un nou mod sau că are o înțelegere de sine mai adâncă.

**Nivelul 4:** Umorel terapeutului este profund apreciat de către client. Acesta răspunde în mod spontan la remarcă și există un indiciu că relația a fost îmbunătățită prin aceasta. Dispoziția ședinței devine mult mai relaxată și clientul mult mai cooperant în exploatarea problemei sale.

**Nivelul 5:** Umorel terapeutului îi permite pacientului să pătrundă dincolo de râs și să perceapă problema sa într-un fel complet diferit și folositor. Clientul conferă un nou înțeles situației sau comportamentului propriu și există evidențe că a avut un insight profund.

## 5. Tipologia pacienților receptivi la umor

Despre categoriile de pacienți la care umorul se aplică, datele empirice ne spun:

Mai întâi că există o interacțiune semnificativă între tipul de umor preferat și personalitatea pacienților: cei depresivi și obsesivi pot avea dificultăți în acceptarea invitațiilor umoristice de a-și shimba viziunea neagră asupra vieții. (Rosenheim, Golan, 1974)

Greenwald găsește pe de altă parte că râsul e incompatibil cu depresia (apud Dimmer, Carroll, Wyatt, 1971):

Informații contradictorii există despre pacienții paranoici. Pe de-o parte se afirmă că aceia dintre ei care au o slabă organizare - deși cu o structură de personalitate vulnerabilă emoțional, sunt mai puțin rejectivi la umor decât pacienții neparanoici. Alți autori consideră că pacienții paranoici pot percepe umorul sau chiar zâmbetul ca un atac ostil al terapeutului (Haig, 1986).

În legătură cu subiecții care suferă de balbism sau au defecte de articulare și care sunt sensibili în raport cu condiția lor aflăm că aceștia reacționează foarte negativ la subiecte umoristice legate de această condiție (Cassel, 1994).

Mai multe detalii găsim despre o categorie aparte, copiii psihotici borderline. În mod particular, comicul are la acești pacienți un efect de întărire a eului. Comicul și umorul sunt vehicule naturale prin care pacientul borderline își poate exprima sentimentele sale puternic ambivalente într-o formă destul de mascată pentru a-i fi lui însuși acceptabile umorul îi permite să exprime dualitatea impuls/apărarea necesară împotriva lui. Acestor pacienți le lipsește capacitatea de tolerare a anxietății și depresiei - după observațiile lui Zetzel, 1975).

Întărirea tentativelor lor umoristice are un dublu efect: crește forța eului și reprezintă o cale de confruntare a disperării lor din spatele comediei. Se sugerează astfel, că în stările borderline, dacă umorul apare, poate fi folosit ca mecanism de fortificare - în contrast cu pacienții nevrotici care îl utilizează ca rezistență. Copiii borderline au în plus această înclinație umoristică mai dezvoltată decât alți copii datorită accesului lor rapid ușor la inconștient. **Accesul la inconștient asigurat de către controlul egoului reprezintă baza creativității, pentru care umorul este un exemplu particular.** Pe măsură ce egoul pacientului borderline devine mai puternic, această accesibilitate se constituie într-o valoroasă resursă pentru terapeut și pacient în cursul procesului terapeutic. Folosirea umorului și comicului poate fi o apărare „naturală” pentru dezvoltarea acestui tip de copil, un mecanism adaptativ pentru întărirea resurselor personale (Domasch, 1975).

Luând în considerare toate acestea ne raliem poziției lui Searles care declară: „Mai degrabă tind să mă întreb în timpul unui interviu nu dacă pacientul are simțul umorului, ci cum se manifestă în prezent acest simț al umorului la pacient și dacă este el predominant conștient sau inconștient.” (apud Allen, Reynes, 1987)

Desigur că există diferențe de receptare a umorului datorate unor variabile ca: vârsta, sexul, antecedentele din prima copilărie, diferențele interculturale.

Cu toate acestea credem că se poate vorbi despre umor ca o caracteristică universal umană, ca potențialitate pe care fiecare și-o poate dezvolta mai mult sau mai puțin - în funcție de mediul, educația și zestrea genetică ce îi circumscriu existența.

## 6. Modele teoretice și aplicative ale umorului în diverse orientări terapeutice. Sugestii pentru trainingul formativ al terapeutului

În istoria psihoterapiei sunt puține căi deja bătute în această direcție; doar câteva dintre orientări s-au ocupat în mod sistematic de punerea în practică a acestei variabile și de urmărirea efectelor lor în timp - și pe trei dintre acestea e important să le menționăm.

• **Prima ar fi terapia provocativă** - întemeiată de F. Farrelly și J. Brandsma în 1974). Ea pornește de la două ipoteze de bază:

1. La provocarea terapeutului (umoristică, perceptivă și din interiorul cadrului de referință propriu al clientului), clientul se va direcționa în sens opus definiției pe care terapeutul o face despre client ca persoană.

2. În urma îndemnurilor insistente ale terapeutului de a-și continua comportamentele sale deviante, dezadaptative, clientul se va angaja într-o îmbunătățire a comportamentelor sale - conform normelor societale.

Rațiunea de a fi a umorului în terapie este justificată în acest mod: „Umorul este un ingredient esențial în terapia provocativă. Depart de a fi folosit la întâmplare, el este un instrument tactic și strategic, ce îndeplinește funcții specifice.” (F. Farrelly în Fry, Salamah, 1987)

Clienții acceptă mult mai probabil mesajele terapeutului când acestea sunt comunicate într-un stil umoristic (direct sau indirect). Terapeutul provocativ în mod tipic nu-și comunică grija sau simpatia față de client explicit. Căldura este comunicată implicit, prin umor, atingeri fizice, expresia ochilor.

Mulți terapeuți cred în așa numita „creștere prin suferință” - ca școală de gândire. Sigur că un anumit disconfort e inevitabil în anumite sarcini (a curăța aragazul, a te angaja într-o schimbare psihoterapeutică ori a învăța să cânti la pian). Cu toate acestea, terapia provocativă crede în posibilitatea de creștere prin bucurie și nu prin tristețe.

Căci - la fel cum părintele Francis MacNutt scria în cartea sa „Vindecarea” (1974) - „majoritatea bolilor sau suferințelor sunt nemătuitoare”.

Înseși situațiile de viață dureroase ale clienților pot fi modelate pe calea umorului, cu rezultatul unei perspective lărgite asupra vieții și a unei eliberări de energie ce poate duce la vindecare.

Procesele noastre cognitive obișnuite implică colectarea datelor senzoriale despre noi înșine și despre lume, apoi interpretarea și organizarea lor în percepții. Aceste percepții determină ceea ce noi vedem și ceea ce nu vedem și tind să delimiteze experiențele și comportamentele noastre. Una din funcțiile umorului este aceea de a-l extrage pe pacient din percepțiile sale fixe disfuncționale și a-i oferi o perspectivă mai folositoare, mai lărgită și mai flexibilă.

„Umorul este irezistibil și influent. El are impact. El schimbă părerile oamenilor. Bănuim că aceste calități apar datorită naturii profund paradoxale a existenței noastre; oamenii sunt mai sugestibili și complianți prin orgasmul râsului. Bănuim că o afirmație umoristică este la fel de bine reținută ca și una serioasă. Umorul continuă să ne influențeze peste timp.” (Fry, Salamah, 1987)

Deși umorul este un instrument major în terapia provocativă, el nu este un scop în sine al tratamentului. Metaforic vorbind, terapeutul provocativ nu urmărește cu orice preț „bombardarea” clientului cu umor. El este mai degrabă alături de client (în interiorul cadrului intim de referință al acestuia) și folosește umorul pentru a-l elibera din închisoarea propriilor paternuri de gândire disfuncționale. El este acolo pentru a-i demonstra clientului că închisoarea lui mentală are mai multe ieșiri decât ziduri.

De fapt se menționează explicit că în cazul în care clientul nu râde câtuși de puțin în întâlnirea terapeutică inițială, terapia provocativă nu poate decât să îi fie nepotrivită unui asemenea individ și deci nu se apelează la ea.

Acest tip de terapie oferă în plus un mare număr de tehnici ca (după Fry și Salamah, op. cit.):

a) **Exprimarea gândurilor neverbalizate sau implicite ale clientului.** Prin această tehnică terapeutul este pus în postura de a gândi ceea ce este de negândit, de a simți ceea ce este de nesimțit, de a spune ceea ce este de nespuns pentru a aduce în lumină ceea ce a stat ascuns. Umorul este adesea simultan cauza și efectul acestui proces. Un motiv pentru care această tehnică provoacă umorul stă în aceea că multe din argumentele noastre subsidiare după care ne ghidăm sunt adesea aproape de ridicol și nonsens. Pe câtă vreme nu le conștientizăm absurditatea doar dacă ne gândim la ele, devenim profund conștienți de iraționalitatea lor când le auzim verbalizate de altcineva sau le percepem ca reacții ale altora. În extinderea acestei tehnici stă și sarcina ca terapeutul să exprime ceea ce clientul gândește sau simte, dar este șovăielnic în a le spune.

b) **Accentuarea negativului.** Este probabil cea mai frecvent folosită tehnică. Aici, terapeutul dramatizează jumătatea negativă din ambivalența clientului și chiar o duce la extrem - invocând cele mai stupide argumente pentru a-i sprijini clientului credințele sale iraționale. O tehnică legată de aceasta este a propune motive și a oferi scuze pentru ca pacientul să nu se schimbe. O variantă similară este a accepta fără comentarii plângerile clientului de neajutorare și lipsă de speranță (de exemplu terapeutul poate spune: „Nu încerc să vindec pe nimeni de nimic. Doar încerc să te ajut să-ți accepți limitele. Se spune de obicei că ai în tine toată puterea de a te vindeca, dar evident nu s-au luat în considerare oamenii de soiul tău.”).

c) **Sublinierea aspectelor înfricoșătoare ale schimbării și a aspectelor pozitive ale status-quo-ului** Se are în vedere aici încurajarea schimbării ajutând clientul să-și interiorizeze funcțiile importante din personalitatea sa de la care a abdicat sau pe care le-a proiectat asupra altora. De regulă cu cât clientul înaintează în vindecarea sa, cu tot atâția pași se retrage terapeutul - este un fel de „înmânare de responsabilități”.

d) **Oferirea unui feedback imediat.** A-i oferi clientului un feedback imediat se face în terapia provocativă adesea într-o manieră umoristică și uneori indirectă.

e) **Listarea.** Scopul listării este de a obține o percepție obiectivă a clientului asupra lui însuși, eventual o dorință de schimbare în sens contrar. Terapeutul poate face aceasta fie descriindu-l pe pacient în termeni exagerat de negativi, fie întărindu-i prin argumente absurde, ridicole ideile sale autodenigratoare. Un scop secundar este de a provoca pacientul să-și demonstreze autoafirmarea și asertivitatea de care dispune. În mod diplomatic, clientul este ajutat să se focalizeze asupra calităților și aspectelor sale pozitive. În variantele sale cele mai rafinate, terapia provocativă se poate manifesta și în forma unei transe între terapeut și client. Experiența terapeutică poate fi asemănată foarte bine cu o excursie într-un teatru de comedie real, creat de către terapeut printr-un amestec viu colorat de imagerie și umor. În această călătorie semireală, terapeutul este de fapt spiridușul care te însoțește în pelegrinările tale prin lume. O descriere foarte sugestivă vine să ne lămurească:

„Eu, clientul, pătrund în biroul terapeutului împreună cu anxietatea mea, cu starea mea de jenă, furie și depresie, și pe măsură ce îi descriu toate aceste simptome și povestea vieții mele într-o manieră matură și adecvată încep să realizez că ceva nu e în ordine. Povestea vieții mele devine deodată un film tri-dimensional ce se deapănă rapid de-a lungul și de-a latul, urmând o logică nebunească de tip „Alice în Țara Minunilor”. Devin intrigat, supărat și încerc să mă abțin să nu râd. Simt un nod în gât, iar ochii mi se umplu de lacrimi și iată că mă descopăr râzând. Mă străduiesc să mențin controlul emoțional și intelectual în această conversație nebunească, o conversație despre cele mai importante aspecte din viața mea. Și iată-l aici, lângă mine, pe acest clown care cumva pare să știe exact ceea ce gândesc și simt eu, cum trăiesc și acționez. Pare să fi fost acolo, cu mine, în toate certurile mele cu părinții, soția sau copilul.

Dumnezeule! Este înfiorător și înspăimântător! Mă simt complet dezgolit și viața mea este ca o carte deschisă pe care acest străin o poate frunzări după bunul său plac. Și deja faptul că cineva mă poate înțelege atât de bine mă zdruncină din izolarea mea. O alinare profundă mă face să simt că nu sunt singur. Acest om, acest semen de-al meu mă cunoaște așa cum puțini alții au reușit și acum câteva minute era doar un străin. Îl ascult și pe măsură ce el vorbește, toate acele sentimente mai vechi încep să capete sens. Și atunci mă gândesc: poate chiar aș putea ajunge să fiu înțeles de către ceilalți și la rândul meu să-i înțeleg pe aceia care sunt importanți pentru mine. Deja vorbește atât de surprinzător și de jenant pentru mine încât îmi vine să opresc totul și să protestez: „Stai puțin! Asta nu e glumă, este o chestiune serioasă!” Dar în același timp hohote de râs mă inundă. „Serioasă?”, zice el. „Ei bine, știu că este serioasă, tu ești cel care râde cu lacrimi!” Ce s-a întâmplat cu liniștea mea sufletească și cu lucrurile pe care mi le pregătisem să le spun? Asta nu seamănă deloc cu interviurile la care am fost până acum. Nu pot să-mi dau seama ce va urma el să spună, mai rău, nu știu nici măcar ce am să spun eu. Și deodată filmul vieții mele plin de culori și încărcat de un amestec de sentimente zboară undeva în viitor și văd cu ajutorul acestui clown cum viața mea ar putea fi transformată în cioburi dacă mă păstrez cel de până acum. Și dacă el are dreptate? Toate încercările de a-l ignora și de a mă ignora se întorc împotriva mea; acum nu există nici o scăpare. Și pe când eu mă aflu împreună cu agoniile, emoțiile, ideile mele stupide în aceasta „Țară a Minunilor”, deodată filmul depășește cadrul proiectorului și mă trezește la realitate: asta este viața mea! Și asta este terapia provocativă. Și nimeni nu mi-a vorbit astfel până acum, nu m-a înțeles în acest fel sau nu mi-a făcut viața atât de reală. Pe măsură ce îmi revin îmi dau seama că au rămas o gramadă de spus și că mă voi întoarce. Cobor din clădire și în timp ce îmi scot cheile de la mașină izbucnesc din nou în râs. Un cuplu trece pe lângă mine, nici nu m-ar crede dacă le-aș spune.” (Fry, Salamah, 1987)

• **O a doua direcție psihoterapeutică o reprezintă intervenția paradoxală.** Studiul eficienței intervenției paradoxale asupra pacienților cu un înalt, respectiv scăzut simț al umorului a demonstrat că tocmai aceia cu un scăzut simț al umorului se dovedesc a fi mai complianți, mai receptivi la terapie. Probabil pentru că iau sarcinile mai în serios și nu înțeleg rațiunea spre care de fapt țintește acest tip de intervenție (Newton, Dowd, 1990). Pe altă parte pacienții cu simțul umorului pot avea un insight mai rapid asupra disproporției și exagerării din propriile idei, sentimente în urma unei astfel de intervenții paradoxale.

O altă tentativă o găsim pe terenul consilierii vocaționale care propune ca tehnică de bază ceea ce Koestler numea „bisociație” - adică „perceperea unei situații sau idei în două cadre de referință autoconsistente, dar în mod obișnuit incompatibile.” (Nevo, 1986)

Patternul logic al procesului creativ în umor, artă, știință ar fi același: descoperirea unor similarități ascunse. Din acest punct de vedere bisociația - ca mecanism e bază al umorului - presupune unirea a două contexte sau coduri într-un singur obiect sau idee. Procesul conduce la perceperea disimilarităților ca fiind similare. Dăm spre ilustrare următorul exemplu: „Un deținut juca poker cu paznicii închisorii. Descoperind ca trișează paznicii îl dau afară din închisoare”. În acest caz cele două reguli care vin în contradicție prin mecanismul bisociației sunt: vinovații se pedepsesc cu închisoarea și cei care înșeală sunt dați afară din închisoare.

Bisociația este folosită astfel în alegerea carierei, în rezolvarea de probleme, în clarificarea sau confruntarea clientului cu problemele lui iraționale.

Iată un scurt exemplu de bisociație creată între ideile iraționale ce pot apare în dragoste și cele din alegerea vocațională:



*Aceasta este profesia mea... Nu este asta... Este... Nu este...*

• **O ultimă direcție**, dar nu în ordinea importanței, o reprezintă abordarea cognitiv-comportamentală a lui J. Goodman:

Fondator al proiectului HUMOR în anul 1977, Goodman are în vedere două mari obiective; a ajuta oamenii să învețe și să practice umorul ca pe o deprindere ca oricare alta și a instrumenta diferite categorii profesionale cu această abilitate, adaptată la specificul muncii și stilului lor de viață. Până în prezent 30 000 de persoane au participat la aceste programe - desfășurate în forma unor grupuri de lucru, cursuri, seminarii de training, servicii de consultanță (Goldstein. Mc Gee, 1983).

Autorul pleacă în acest proiect de amploare cu motto-ul: „Există trei lucruri reale: Dumnezeu, prostia umană și râsul. Primele două sunt dincolo de înțelegerea noastră. Așa că trebuie să facem ce putem cu al treilea.” (John F. Kennedy).



Și punctează mai întâi de toate motivele pentru care umorul trebuie privit ca o problemă serioasă:

- pentru sănătatea din el, căci umorul este ca un fel de „jogging interior” sau ca un „doctor invizibil”. El are efecte asupra presiunii sanguine, oxigenării sângelui, în masajul organelor vitale, în facilitarea digestiei, în eliberarea endorfinelor la nivelul creierului. Pe scurt, este un fortifiant al sănătății fizice și mentale.
- pentru faptul ca reprezintă un „Aikido”. Aikido este o formă a artelor marțiale orientale care nu presupune o poziție ofensivă (de atac). Este simultan respingerea agresivității și apărarea grațioasă în fața ei. Aikido este o metaforă pentru cum se poate folosi umorul în deturnarea unei confruntări, în dezarmarea atacatorului și transformarea situației din abuzantă în amuzantă.

Dăm un scurt exemplu: în timpul unei piese de teatru, un telefon, care făcea parte din recuzită fără însă a avea vreun rol în piesă, începe să sune. Actrița principală, bănuind că în spatele acestei farse se află partenerul ei de scenă, ridică receptorul și după câteva clipe i-l înmânează acestuia, spunându-i „E pentru tine!”

În această perspectivă, a-ți construi tu însuși simțul umorului este scopul final nu ușor, dar nici imposibil de realizat. Patru ingrediente cheie ușurează în bună măsură acest efort:

1. a ține permanent deschis un „al treilea ochi” asupra realității;
2. a descoperi spiridușul din tine;
3. „a râde cu”;
4. A urma regula celor cinci Pc (NB, adică „practici”).

1. Umorul este cu siguranță o problemă de perspectivă și percepție. Și dacă îl cauți cu tot dinadinsul, umorul te va găsi pe tine. Orice s-ar zice, condiția umană este în mod inherent hazoasă și nu-ți rămâne decât să păstrezi acest al treilea ochi deschis.

Concret, aceasta ar putea lua următoarele forme:

- să colectezi „perle” din viața de zi cu zi și să le afișezi în jurul biroului în care lucrezi. Exemple din acestea sunt multe:

„Un verb activ arată acțiune; un verb pasiv arată pasiune”.

„Un funcționar însărcinat cu recensământul este un individ care merge din casă în casă sporind populația”.

„Un triunghi care are un unghi de 135 grade se numește triunghi obscen”.

Și nu puține sunt de asemenea exemplele pe care le găsim în alte arii de activitate, în buletinele bisericești de pildă:

„Marți la ora 8 va avea loc o întâlnire a clubului Tinerelor Mame. Toate acelea care vor să devină Tinere Mame sunt rugate să se prezinte la biroul preotului.” - să ții un jurnal zilnic cu ceea ce ți s-a întâmplat ridicol în acea zi.

În final, stă în putința noastră să ne alimentăm intenționat această abilitate de a păstra o perspectivă comică asupra vieții.

2. A-ți dezvolta simțul umorului presupune în primul rând să te concepi pe tine însuși ca sursă de umor. Este doar o problemă de a provoca spiridușul din tine să se joace. Umorul este un dar minunat de a trăi cu imperfecțiunile noastre, este legătura dintre perfecțiunea pe care ne-o dorim și imperfecțiunea pe care o avem. Să-ți dai voie ție însuși să fii imperfect este una din căile de a descoperi spiridușul din tine. În esență: „ia-ți slujba sau rolul în serios, dar nu te lua pe tine însuși prea în serios”. Pentru asta nimic nu e mai ușor decât să notezi în fiecare zi în jurnalul tău umoristic o listă cu propriile defecte, scăpări, slăbiciuni, să te joci cu propria realitate creându-ți propriile tale legi de tip Murphy.

3. Deja discutată, această sensibilitate pentru umor constructiv o poți dezvolta pur și simplu întrebând oamenii: „Care e cel mai puțin plăcut fel de umor pentru tine și ce anume nu-ți place la el? Ai observat vreodată pe cineva care să aibă o experiență negativă în legătură cu umorul? Ce era neplăcut în situația respectivă? Cum poți deturna o situație umoristică negativă? Fă o listă cu răspunsurile posibile!”.

4. Umorul - nimic mai mult decât un set de deprinderi, atitudini și ghidaje pe care le putem construi conștient - se aplică cel mai bine prin eterna regulă: practică... practică... practică...

Și aici intervin o serie de tehnici specifice:

- exagerarea, care ne ajută să minimalizăm, să deturnăm problema respectivă, să o punem în perspectivă. Și cu cât mai mare faci o problemă, cu atât ea devine mai mică în ochii tăi;
- reflectarea realității, a obișnuințelor, ticurilor, rutinelor, evenimentelor triviale din viața de zi cu zi;
- a te juca cu situațiile, cu cuvintele;
- inversiunea: a întoarce cu 180 grade perspectiva, când lucrurile par să meargă din prost în mai prost. Și o cale foarte simplă pentru a înțelege aceasta este a exagera cum nu trebuie făcută o deprindere nouă pentru a ajunge să înțelegi cum trebuie făcută.

O alternativă la aceasta se numește „paranoia inversă” - oameni care cred că lumea caută binele cu orice preț. Și iată câteva idei în acest sens:

- Trimite o vedere umoristică cuiva care nu se așteaptă la asta din partea ta, după ce te-ai asigurat că nu e aceea ziua lui de naștere.
- Spune „Salut!” sau zâmbește la zece necunoscuți;
- Într-o parcare plătește pentru mașina din spatele tău la ieșire.
- Aranjează o petrecere surpriză pentru un coleg, prieten sau membru al familiei.
- Fii un „prieten secret”, trimite cuiva un bilețel anonim pozitiv sau glumeț care să nu se depărteze însă de realitate.
- În timpul unei conversații spune „Ca să fiu foarte sincer cu tine...” și apoi termină propoziția cu ceva pozitiv în loc de ceva negativ.

Creează noi idei, căci umorul și creativitatea „sunt cel puțin verișori”. Una conduce adesea la cealaltă, așa de exemplu **ideile noastre pot aduce o soluție nouă la problema în**

cauză sau ideile creative au tendința să antreneze râsul. Pentru aceasta încurajează-ți ideile, oricât de neobișnuite ar fi ele și fii productiv! Cu cât mai multe, cu atât sporește șansa calității lor.

Probabil că această viziune asupra umorului este și cea mai generoasă care s-ar putea emite de către un adept al umorului.

## 7. Umorul în terapia de grup. Studiu exemplificativ

Aplicarea umorului în terapia de grup implică o serie de aspecte diferențiate. Aici interacțiunile, dinamica, termenii de referință suferă modificări considerabile față de terapiile individuale. Și pentru o claritate a perspectivei, vom discuta în termeni de avantaje și dezavantaje ale umorului relativ la terapeut, la pacient și la grup ca întreg (prelucrare după Bloch, Browning și McGrath - 1983, p. 89).

### • Relativ la terapeut

Umorel îi permite terapeutului să fie văzut într-un mod diferit de către pacienții săi, ceea ce servește unor scopuri terapeutice specifice și apoi îi dă posibilitatea de a face interpretări care altfel ar fi fost incomode de pus în evidență.

1. Umorul are în primul rând deci o funcție de modelare - prin atitudini afișate de terapeut. Acesta are o mare influență în grup mai mult implicit, prin comportamentele pe care le manifestă. Întregul său repertoriu comportamental stă ca exemplu pentru o ulterioară modelare a comportamentului pacienților. Mult din ceea ce se petrece în grup are de-a face cu promovarea spontaneității participanților, cu dezghețarea obișnuitei lor închis-tări. Abilitatea terapeutului de a acționa în maniere spontane și pline de umor când e cazul poate fi un model valoros pentru membrii grupului și îi poate stimula în comportamente similare. Această imitație depinde de atitudinea de bază afișată de către terapeut mai degrabă decât de opțiunea pentru o strategie planificată și poate fi comparabilă cu concep-tul lui C. Rogers de „autenticitate” sau „congruență” - ca o calitate necesară a terapeutului pentru o relație terapeutică eficientă.

Modelarea poate fi în special importantă în afara ședințelor, adică înainte de începerea sau în pauza lor, când atmosfera invită la multe intervenții de acest tip.

## 2. Transparența realizată prin umor

Se referă la gradul în care terapeutul lasă să fie evidente aspecte ale personalității sale către pacient. Există puncte de vedere diferite asupra transparenței în diferite școli psihoterapeutice. Unele consideră că aceasta ar interfera cu procesul terapeutic. Altele însă văd revelațiile discrete și bine gândite ale terapeutului în legătură cu umanitatea, căldura, vulnerabilitățile ori incertitudinile lui ca o sursă a intimității și ca ajutor în demistificarea procesului terapeutic. În acest context capacitatea terapeutului de râde de sine însuși fără rușine sau jenă reprezintă o valoare importantă pentru grup.

## 3. Facilitarea interpretărilor

Un important element al umorului este incongruența: juxtapunerea unor imagini și constructe care nu se asociază în mod normal una cu alta. Umorel prezintă o priveliște nouă, neașteptată asupra unui aspect al existenței, care este însoțită de tensiune și eliberată prin râs. Introducerea unei incongruențe și surprize potrivite în terapie se pot dovedi mijloace folosite de depășire a rezistențelor, de clarificare a „blocajelor logice” și de stimulare a curiozității membrilor grupului. De obicei din aceasta poate apare o vie reprezentare colectivă ale cărei efecte sunt mult mai profunde decât ale unei interpretări explicite. Pe lângă procesul de autoexplorare, ea atrage după sine și o creștere a coeziunii și înimității în grup.

### • Relativ la pacient

Umorel îi poate deschide acestuia noi moduri de autoexprimare și flexibilitatea de a se privi într-o lumină nouă. A-ți dezvolta simțul umorului și în particular a-l aplica pe tine însuși fără îndoială contribuie la creșterea autostimei și la reducerea rezistenței față de schimbare. Așa cum Allport comentează, „nevroticii care învață să râdă de ei înșiși deja se găsesc pe calea vindecării.”

## 1. Dezvoltarea unui simț al proporției

Chiar și celor mai dureroase și tragice evenimente li se poate da un iz al comediei. Umorel, incluzând ironia și satira, poate fi o formă de acceptare a faptului că disperarea poate fi alinată și speranța se poate ivi din nou (Mindess, 1976).

## 2. Depășirea seriozității exagerate

Această seriozitate, adesea cuplată cu inflexibilitatea și amândouă folosite ca apărări împotriva ambiguității, schimbării și neprevăzutului încetinesc integrarea pacientului în grup. Cu câțiva astfel de membri în grup coeziunea se stabilește încet și laborios. Așa încât introducerea unui ton jucăuș, umoristic poate fisura defensele și ajuta la modificarea lor.

## 3. Încurajarea deprinderilor sociale

Toate aspectele umorului, incluzând abilitatea de a zâmbi și a râde, aprecierea unei absurdități și capacitatea de a înțelege și a spune glume sunt importante deprinderi interpersonale folosite în diferite situații sociale. Promovarea umorului în interiorul grupului ajută la instituirea sau îmbunătățirea acestor deprinderi.

## 4. Facilitarea autodezvăluirii

A divulga informații strict personale, adesea jenate, umilitoare sau dureroase este un important factor în terapia de grup, atât pentru autodezvăluirea pacientului, cât și pentru creșterea coeziunii grupului. Strâns legată de autodezvăluire este eliberarea unor sentimente intense ca furia, rușinea, vina sau supărarea. Pacienții nevrotici sunt adesea ambivalenți în legătură cu descărcarea acestor sentimente datorită efectului lor imprevizibil pe care l-ar putea avea. Oricare ar fi motivul inhibării, când catharsisul apare, el este o binevenită eliberare și îi permite pacientului să reflecteze la ceea ce tocmai a experimentat.

Autodezvăluirea și orice eliberare emoțională intimă este în cele mai multe cazuri un proces dificil, solicitant pentru pacient și el poate recurge indirect la moduri deghizate de comunicare, printre care și la umor.

Perceperea senzitivă și încurajarea unei asemenea comunicări vor oferi ulterior un material de lucru valoros.

### • Relativ la grup

Umorel poate juca un rol important în viața grupului ca întreg, fiind o forță coezivă, ajutând participanții să aprecieze dinamica proceselor de grup și contribuind la reducerea tensiunii.

### 1. Coeziunea grupului

Este larg răspândită printre terapeuți opinia că grupul lucrează mult mai eficient când membrii săi îl găsesc atractiv și această observație este susținută prin cercetări empirice. Râsul sau amuzamentul împreună dau naștere unui sens al intimității, apartenenței și prieteniei în grup. În acest sens, sarcina primară a terapeutului este aceea de a promova un climat suportiv, de acceptanță, sarcină în care umorel își poate găsi cu ușurință locul.

### 2. Insight în legătură cu dinamica grupului.

În grupurile mature de lucru pacienții sunt angajați în confruntarea cu problemele lor și cu cele ale celorlalți membri. Mult din ceea ce se învață depinde de focalizarea pe ACUM și AICI, pe ce se petrece în grup, între pacienți, între pacient și terapeut și între pacient și grup. Capacitatea membrilor de a recunoaște și înțelege relevanța proceselor dinamice de grup poate fi îmbunătățită observând cum apare umorel. De obicei, o glumă, o remarcă hazlie sau o izbucnire în râs are semnificație pentru întregul grup.

### 3. Reducerea tensiunii

Anxietatea este o trăsătură comună oricărei terapii de grup. În măsura în care se menține ca forță motivatoare ea este un ingredient valoros, dar dincolo de o anumită limită devine antiterapeutică și poate chiar inhiba grupul. Terapeutul poate prin diferite strategii să reducă acest nivel intolerabil de anxietate și să permită factorilor cauzatori să fie tratați. Umorel folosit în mod corespunzător este una din aceste strategii.

## Utilizări neadecvate ale umorului în psihoterapie

Umorel se poate dovedi în anumite situații un mijloc antiterapeutic și dăunător, blocând căile de progres, facilitând sau reîntărind comportamentele dezadaptative.

### • Relativ la terapeut

Terapeutul poate utiliza umorel pentru a-și satisface mai degrabă propriile nevoi decât pe cele ale pacientului sau grupului ca întreg.

### 1. Ca apărare împotriva propriilor anxietăți

Umorel îi permite terapeutului să se retragă din fața problemelor dificile sau dureroase pe care nu se simte sigur că le poate stăpâni și poate deveni astfel model indezirabil pe care pacienții îl preiau. Din fericire, un co-terapeut vigilent poate restaura echilibrul la timp.

### 2. Maschează agresivitatea

Umorel devine aici un vehicul pentru agresivitatea terapeutului și în același timp îl lipsește pe receptor de oportunitatea unui răspuns adecvat.

### 3. A face impresie bună cu orice preț

Nevoia terapeutului de a fi admirat și plăcut sau de a devia furia și ostilitatea pacientului la sine pot conduce la o greșită folosire a umorului. Un asemenea comportament narcisic garantează insensibilitatea terapeutului față de nevoile pacientului sau mai rău, îi poate provoca suferință acestuia din urmă.

### 4. Confuzionarea

Grupul ajunge să se îndoiască de seriozitatea terapeutului în anumite condiții. Adoptarea frecventă a unei atitudini umoristice sau amuzamentului excesiv pot masca scopul real al tratamentului. Psihoterapia de grup este în primul rând o întreprindere serioasă și depinde de terapeut să o mențină așa. Aceasta nu implică neapărat o manieră de lucru excesiv de solemnă, dar nici cealaltă extremă. Deruta și frustrarea ce apar în cazul din urmă pot micșora sau anula orice alte intervenții serioase ale terapeutului și pot interfera sever munca grupului pe ansamblu.

### • Relativ la pacient

Pacientul se poate servi de umor ca de o strategie de a evita sau bloca influențele potențiale ale proceselor terapeutice de grup asupra lui.

#### 1. Clovneria

Pacientul la rândul lui poate folosi umorul pentru a câștiga atenția grupului și, chiar dacă temporar, căldura și afecțiunea lor. Ulterior grupul se poate distanța de un astfel de membru - care nu găsește altă cale de a face față problemelor sale decât luându-se în râs - sporindu-i astfel sentimentul de alienare.

#### 2. A deveni ținta glumelor

Unul dintre pacienți poate fi perceput necorespunzător ca posibil receptor al sentimentelor ostile din grup. Fără a fi atacat direct, devine obiectul unor ironii repetate la care nu poate răspunde fără a face impresia că îi lipsește umorul. În același mod se pot exprima deghizat alte sentimente nedecarate - mai ales cele de natură sexuală.

3. A te lua în zeflema pe tine însuși, evitând probleme importante sau prevenind posibilele explorări. În același timp, pacientul devalorizează și atributele sau abilitățile sale ori minimizează importanța remarcilor autorevelatoare. Dacă grupul se amuză de acest comportament, sentimentul inadecvării personale și lipsa de speranță sunt reântărite.

### • Relativ la grup

Grupul ca întreg poate abuza de umor mai mult glumind decât lucrând. Grupul poate aluneca într-o dispoziție frivolă, nepăsătoare. Ocazional aceasta poate constitui un respiro temporar dintr-o sesiune solicitantă, dar extinsă peste această limită ea reprezintă o evitare a muncii serioase.

Concluzionăm prin cuvintele lui Grotjahn (1983):

„Terapia nu e o problemă de râs, dar nici una de plâns. Râsul în terapie este la fel de bine venit ca oricare alt semn se spontaneitate, putere, stăpânire și libertate”.

• Studiu exemplificativ - aplicarea umorului în terapia de grup în cadrul unui experiment de 3 luni (desfășurat de autor sub coordonarea Dr. I. Mitrofan, 1996)

În cadrul grupului (format din studenți ai anilor terminali - specialitatea psihologie) am aplicat o serie de tehnici psihodramatice, cu accent pe abordarea umoristică a situației problematice în vederea obținerii unor informații semnificative despre eficacitatea și efectele unei asemenea abordări.

Efectele direct observabile pe parcursul ședințelor ale acestui tip de abordare au fost:

- facilitarea comunicării și creșterea progresivă a profunzimii acesteia;
- obținerea unei implicări, deschideri și cooperări crescute din partea participanților;
- formarea unei coeziunii a grupului, pe fondul acestei atmosfere de intimitate fiind posibile momente succesive de catharsis ale protagoniștilor.

Prezentăm succint desfășurarea experimentului terapeutic.

Dacă la început existau dificultăți în exersarea capacităților empatice și în asumarea anumitor roluri propuse ca material de lucru, ulterior crește relaxarea în rol, capacitatea de a oferi soluții creative în munca cu protagonistul, ca și spontaneitatea și originalitatea „eurilor auxiliare”.

Dat fiind că există un grad scăzut de structurare a sarcinii terapeutice, subiecții apelează spontan la tehnici generatoare de umor ca exagerarea, ironia, caricaturizarea, e drept având uneori dificultăți în dozarea acestor atitudini.

Se fac pași importanți pentru fiecare participant în ceea ce privește achiziția anumitor deprinderi de contact social, ca și în realizarea unei relaționări autentice cu ceilalți.

Momentele de abordare umoristică a situației ușurează conștientizarea unor trăiri personale semnificative, ca și acceptarea acestora.

Crește posibilitatea de exprimare mimică, gestică și verbală pe parcursul diversificării problemelor abordate și a amplificării caracterului surprinzător, incitator al sarcinilor de lucru.

Apar în paralel și rezistențele vis-à-vis de această sarcină, tendințe de teoretizare, divagare, abstractizare excesivă; unul din membri se retrage din grup și apare un nou membru.

Se creează în următoarea etapă o atmosferă suportivă a grupului, în care elementele umoristice devin o constantă.

Se conștientizează valoarea deosebită pe care continuă să o aibă pentru fiecare din participanți copilul dinlăuntrul lui, cu multiplele sale fațete: hazlie, jucăușă, amuzantă, cu gustul lui pentru glumă și năzdrăvănii.

Jocul se dovedește a fi o tehnică extrem de eficientă în inducerea unei atitudini spontane și deschise în care umorul se poate manifesta. În același timp, acesta duce la formarea unui climat destins al grupului, benefic pentru lucrul ulterior cu protagonistul.

În această etapă se înregistrează o slăbire a defenselor, o mai mare deschidere în relații și o aprofundare a schimburilor reciproce.

Se instaurează astfel cadrul pentru o percepere și o evaluare mai realistă și obiectivă a celorlalți și a propriei persoane.

Sociogramele ideale arată dorința generală a membrilor de a se apropia și mai mult unii de alții în ceea ce privește cunoașterea interpersonală și de a păstra o atitudine democratică de fond, în care toți să aibă statute egale.

Utilizarea efectivă a umorului în scop terapeutic a reușit în principal pe două direcții:

- ca și posibilitate de a face față unei situații stresante prin micșorarea anxietății;
- ca mijloc acceptabil de evacuare a ostilității, în privința acestui aspect înregistrând o mare adecvare și complianță la sarcină a tuturor subiecților.

S-au conștientizat în grup două idei importante:

• Prima este aceea că depinde foarte mult de personalitatea terapeutului faptul de a putea sau nu practica o asemenea atitudine umoristică cu pacientul, dar că este totuși o componentă care se poate dezvolta prin antrenament și pe baza experienței câștigate.

• A doua a fost recunoașterea faptului că au existat (la unii din membri) expectații prea mari în ceea ce privește idealul unei terapii prin umor; că de fapt umorul nu e ceva grandios, ci mai degrabă o scănteiere prin care te decentrezi, îți schimbi cadrul, te focalizezi pe alte aspecte.

Ultima ședință a oferit un feedback complet și adecvat asupra efectelor pe care experimentul le-a înregistrat.

Astfel, fiecare subiect a conștientizat transformările pe care le-a suferit în decursul acestui experiment - foarte mare parte din aceste conștientizări confirmându-se prin mijloacele psihodiagnostice aplicate ulterior.

În plus s-au analizat cu o obiectivitate surprinzătoare dinamicele grupului, factorii perturbatori care au intervenit în bunul mers al muncii de grup: rezistențele, inhibițiile, digresiunile, lipsa de experiență a directorului, timpul limitat al experimentului, variabile interne - ca oboseala, proasta dispoziție, submotivarea și, în fine, dificultatea problemei în sine și gradul mare de solicitare implicată.

S-au apreciat de asemenea schimbările majore petrecute atât la nivelul climatului de grup: în câștigarea unui plus considerabil de căldură, acceptanță, autenticitate, sinceritate, empatie, cât și la nivelul perceptual-cognitiv al membrilor săi; în formarea (dezvoltarea) unor percepții reciproce mai corecte, mai adecvate și mai flexibile (atât în ceea ce privește aspectele pozitive, cât și cele negative).

Și nu în ultimul rând s-a recunoscut relația intimă existentă între evoluția directorului grupului pe de o parte și cea a grupului ca întreg coeziv pe de alta.

Dacă pentru grup în ansamblu, efectele au fost cele descrise mai sus, pentru fiecare participant a existat un traseu strict particular pe care l-au avut ameliorările în urma experimentului - și acesta în sensul reechilibrării personalității la un nivel superior de adaptare - în raport cu acele componente ale ei care îi erau afectate.

Drept concluzie spunem despre umor că:

- este un mecanism adaptativ de bază al ființei umane;



- orice individ are în mod potențial acces la el;
- este prin excelență un act spontan și trebuie lăsat pe acest făgaș natural al său pentru a avea efectele dorite;
- cea mai bună cale de a-l atrage în câmpul experimental este de fi indirect solicitat în sarcină;
- folosit în mod predominant sau numai ca adjuvant de către terapeut el este înainte de toate o atitudine și abia apoi se transformă în tehnică, strategie terapeutică;
- pentru un psihoterapeut are în mare măsură de-a face cu experiența acestuia și depinde esențial de expectațiile care însoțesc punerea lui în practică.
- avem toate motivele pentru a ne dezvolta această potențialitate și de a ne dezvolta noi înșine prin ea.

În baza experienței în formare se indică:

- pacienților cu reacții anxioase datorate stresului;

- unor categorii mai largi de nevrotici.

Ne exprimăm rezerva utilității în cazul depresiilor anxioase, datele nu ne permit deducerea unei contraindicații ferme.

Ne exprimăm pe de altă parte rezerva în ceea ce privește eficiența sa, în cazul acelor subiecți deja echilibrați și stabili care nu prezintă în mod obișnuit o asemenea înclinație.

Sub aspect metodologic recomandăm folosirea experimentului psihodramatic cu componentă umoristică ori a terapiei de grup în general, chiar în forma grupurilor deschise, dacă este posibil.

Considerăm că viitorul acestui model experimental s-ar putea regăsi cu succes nu doar în domeniul terapiei, ci și în acela al învățământului ori al pregătirii potențialului uman. Pentru că scopul său ultim este asistarea individului de-a lungul dobândirii maturității sale în ipostaza lui de terapeut, profesor sau asistent în relațiile interumane.

## Capitolul 12

# DE LA DEZVOLTAREA PERSONALĂ LA DEZVOLTAREA TRANSPERSONALĂ

*Laurențiu Mitrofan*

## CUPRINS

1. Perspectiva umanistă asupra dezvoltării persoanei. ....	334
2. Dezvoltarea transpersonală și psihoterapiile spirituale. ....	337
3. Principalele contribuții teoretice și aplicative în domeniul dezvoltării transpersonale. ....	334
3.1. Psihosinteza și dezvoltarea transpersonală. ....	339
3.2. Stanislav Grof - de la perspectiva psihanalitică la cea transpersonală. ....	340
3.3. Institutul de Psihologie Transpersonală de la Palo Alto - preocupări și principalii reprezentanți. ....	345

### 3. Principalele contribuții teoretice și aplicative în domeniul dezvoltării transpersonale

#### 1. Perspectiva umanistă asupra dezvoltării persoanei

Abordarea umanistă în teoriile personalității reprezintă „a treia forță”, întrucât își propune să combată tendințele fragmentate și deterministe ale psihanalizei și behaviorismului.

La început, a existat o rețea informală de psihologi ce schimbau între ei idei ce nu erau binevenite în publicațiile de specialitate ale vremii. Prima întâlnire a psihologilor care aveau sa șocheze o mare parte a lumii științifice, a avut loc în 1957, însă organizarea formală a avut loc abia în 1961, când s-a înființat Asociația Psihologiei Umaniste.

Printre primii membri se numărau: Gordon Allport, Erich Fromm, George Kelly, Abraham Maslow, Rollo May, Henry Murray și Carl Rogers. Înainte ca organizația să se înființeze oficial, psihologii umaniști își exprimau ideile și concepțiile în revista de orientare adleriană „American Journal of Individual Psychology”, pentru ca în 1961 sa-și continue activitatea în „Journal of Humanistic Psychology”.

Caracteristicile distinctive ale abordării umaniste pot fi sintetizate în:

1. focalizarea pe aspectele de vârf ale experienței umane, printre acestea fiind creativitatea și toleranța;
2. valorizarea experienței subiective a individului (abordarea fenomenologică);
3. accentuarea dimensiunii prezentului, cu minimalizarea celei trecute sau viitoare, în abordarea terapeutică;
4. postularea responsabilității fiecărui individ pentru tot ceea ce se petrece în viața sa, trecutul neinfluențând prea mult prezentul și în nici un caz predeterminându-l. Asigurându-i-se condiții favorabile, individul se va dezvolta în conformitate cu direcția dorită și cu alegerile sale.

Sinele este conceput de psihologii și terapeuții umaniști ca fiind potențialul creșterii și dezvoltării optime.

Ei își propun să extindă conținutul tematic al abordărilor clasice (psihanalică și comportamentală) cu studiul experiențelor umane unice - dragoste, ură, speranță, frică, fericire, extaz mistic, umor, răspundere, sensul vieții.

Conceptele de bază cu care operează „a treia forță” în psihologia contemporană se găsesc în mică măsură în celelalte teorii și sisteme. Ele sunt, așa cum rezultă din „Crezul psihoterapiei umaniste”, formulat în „The Articles of Association of the American Association for Humanistic Psychology” (apud M. Lee Hodnett, 1973):

\* iubire; \* creativitate; \* Sine; \* creștere; \* organism; \* gratificarea nevoilor bazale; \* actualizarea Sine-lui (Self-actualisation); \* valori superioare; \* ființare; \* devenire; \* spontaneitate; \* joc; \* umor; \* afecțiune; \* naturalețe; \* căldură; \* transcendența ego-ului; \* obiectivitate; \* autonomie; \* responsabilitate; \* sens; \* fair-play; \* experiență transcendențială; \* experiență de vârf (peak experience); \* concepte interrelaționate.

Orientarea psihologiei umaniste se bazează pe:

- respectul pentru valoarea persoanei;
- respectul pentru diferențele de abordare;
- extinderea conștientizării și deschiderea (trezirea) conștiinței sau a mentalului, cu acceptul persoanei;

- interes pentru explorarea de noi aspecte ale comportamentului uman.

Umaniștii aduc în psihologie și terapie un suflu nou, rezultat al unei concepții profund optimiste și pozitive asupra naturii umane, structurată în cea mai mare măsură ca o replică la limitele abordărilor psihanalitice și comportamentale asupra dezvoltării personalității, pe de o parte, precum și ca un model alternativ terapeutic, ce depășește clasicul model medical occidental, pe de altă parte. Ei înlocuiesc freudianul „înțelegere de sine” cu conceptul „implicare a Sinelui”. Pentru umaniști, persoana dispune de resurse cvasi-nelimitate în a se realiza, împlini, autodezvolta și autoregla, de un potențial de autodevenire care se poate autoactiva și direcționa responsabil.

De aceea ei neagă punctul de vedere al psihanalistilor și behavioristilor, care sunt tentați să trateze ființa umană ca pe o structură pasivă, supusă acțiunii forțelor exterioare, fie predefinită de trecut, în cazul primilor, fie condiționată de stimulii externi din prezent, în cazul ultimilor.

Cu toate că acordă o importanță la fel de mare inconștientului, ca și psihanalistii, de la care preiau lucrul cu teme psihodinamice caracteriale și apetența pentru lucrul cu simboluri, **umaniștii preferă să aducă trecutul în prezent.** Pentru ei important este să ajute clientul, să conștientizeze ceea ce este ascuns, reprimat, uitat, fără a se preocupa de interpretări sofisticate și abstracte, străine experienței trăite. A face acceptat, înțeles, asimilat și depășit trecutul și prezentul experimentat de subiect, prin integrarea polarităților, prin unificarea cu Sine și deblocarea spontană, naturală a resurselor creative, rezolutive, reglatorii, constituie **principalul obiectiv al terapiilor umaniste.**

Ca și behavioriștii, mulți umaniști neagă necesitatea căutării cauzelor actualelor suferințe în traume și evenimente trecute, considerând că astfel, odată întoarsă problema spre originile sale, nu ar face decât să se reitereze și să se fixeze prin interpretări, trăirile și strategiile comportamentale alienate sau infantile. În acest mod pacientul este ajutat, mai curând, să-și retrăiască aceleași confuzii și eșecuri, de data aceasta, în cadrul relației terapeutice, deciptându-le semnificațiile simbolice, dar negarantându-se prin aceasta modificarea comportamentală în prezent, și cu atât mai puțin, dezvoltarea personală în viitor.

„Trecutul este amintire, scrie F. Perls, părintele gestalt-terapiei, și amintirile mint...” El îl citează pe Nietzsche care spunea: „Memoria și mândria se luptă”. Memoria spune: „A fost așa...”, iar mândria spune: „Nu putea să fie chiar așa.” Psihanaliștii fac o mare eroare când își asumă convingerea că memoria este realitate și continuă astfel: „Toate așa-numitele traume care sunt presupuse a fi rădăcinile nevrozelor, sunt o invenție a pacienților pentru a-și salva autostima.

Psihanaliștii cred că acest trecut, din stadiul infantil este responsabil de boală. Pacientul nu este responsabil, ci trauma e responsabilă, complexul Oedip este responsabil, ș.a.m.d. Nu avem nici o idee despre importanța acestor amintiri inventate, câtă vreme se presupune că boala, în totalitate, se bazează pe aceste amintiri.”

Izvoarele filosofice ale psihologiei umaniste se identifică în trei surse: psihologia fenomenologică a lui Edmund Husserl (1859-1938); existențialismul ateu al lui Martin Heidegger (1889 -1976) și Jean-Paul Sartre (1905-1979) și existențialismul creștin al lui Soren Kierkegaard (1813-1855) și Gabriel Marcel (1889-1973). Dacă Husserl avansează teoria constituirii transcendente a obiectului, conform căreia unica realitate a obiectului se află în actul „intențional al conștiinței”, existențialiștii creștini susțin că „există un transcendent absolut spre care omul tinde permanent”, iar confracții lor atei afirmă, chiar mai mult - că „omul este transcendență” (apud I. Mânzat, Istoria universală a psihologiei, curs, 1994, p.129).

Psihologii și terapeuții umaniști sunt mult mai interesați de schimbare și de procesul ei, decât de măsurarea și diagnosticarea diferențelor individuale, evitând pe cât posibil să formuleze diagnostice, opunându-se determinismului cauzal și preferând abordarea holistă.

Dintre psihoterapeuții umaniști, Carl Ransom Rogers s-a impus prin elaborarea conceptelor de „self actual” și „self ideal”, care se pot afla în relații de congruență sau incongruență, cu impact asupra dezvoltării personale, stabilind și condițiile favorabile acestora (considerația necondiționată - ca singură modalitate de satisfacere a nevoii de respect, simpatie, acceptare, încredere și valorizare; empatia și congruența în relațiile interpersonale). Dar Rogers este totodată și cel care depășește sfera psihologiei umaniste, anunțând zorii celei de- „a patra forțe în psihologie” - **forța transpersonală.**

În 1979, Rogers sugera că dimensiunea mistică, spirituală a experienței, fusese întrucâtva subestimată. Citându-l în lucrările sale pe Fritjof Capra - cel care a făcut nenumărate comparații între fizica modernă și

misticism - Rogers se declara convins de compatibilitatea dintre experiența subiectivă și știință. De asemenea, el se preocupă și de fenomenele paranormale, în raport cu care sugerează că ar trebui abordate și explorate într-o manieră empirică.

Pornind de la teoria lui Rogers, a fost elaborată și o scală de măsurare a convingerilor referitoare la puterile mentale transcendente (Cartwright, 1989).

Valorile au o importanță deosebită în teoria rogersiană. Argumentele care se referă la faptul că valorile se dezvoltă pentru fiecare individ și pentru întreaga omenire ca un tot ce emerge din procesul experiențial, sunt dificil de combătut. Acest aspect i-a ofensat întrucâtva pe cei care considerau știința ca pe ceva lipsit de valori, ca fiind ceva suprem, care nu ține cont de principii morale precum binele și răul.

Abraham Maslow (1908-1970) este considerat în istoria psihologiei ca fiind cel mai important cercetător în problemele motivației umane. Una dintre teoriile originale introduse de el, în cadrul psihologiei umaniste, este „piramida trebuințelor umane” cu cele șapte niveluri și trei paliere. Palierul de bază al trebuințelor fundamentale are două niveluri: nevoi fiziologice (foame, sete, sexuale) și nevoi de securitate ca cele de adăpost, siguranță. Palierul superior de bază al trebuințelor fundamentale are patru niveluri: nevoia de proprietate și dragoste; nevoia de stimă și apreciere; nevoi cognitive; nevoi estetice, de frumusețe, ordine și simetrie. În vârf, se află al treilea palier, cu un singur nivel: actualizarea sinelui (self-actualization), adică împlinire la maximum a propriului potențial. Maslow introduce pe lângă nevoile umane obișnuite, fiziologice și psihologice și conceptul de „metanevoi” de realizare a Sine-lui. Acestea îl plasează pe individ dincolo de cotidian, îmbogățindu-i viața prin valori mult mai înalte: frumusețe, unicitate, ordine, perfecțiune, transcendență și dorința de a crea. Studiind dezvoltarea nevoilor de împlinire ale Sine-lui, în special în cartea sa „Motivație și personalitate” (1954), Maslow pune în relație cu acestea o serie de caracteristici și manifestări personale cum ar fi:

- o mult mai eficientă percepție a realității;
- toleranță (de sine, de alții și față de natură);
- spontaneitate;
- centrarea pe probleme și pe rezolvarea lor;
- prospețime și vitalitate continuă;
- experiență mistică;
- înțelegere manifestată față de ceilalți;
- relații interpersonale profunde;
- structură caracterială democratică;
- discriminare între sens și scopuri, semnificații și finalizări;
- simț al umorului manifestat neostil;
- creativitate;
- rezistență la enculturație (v. și Robert May, 1993, p. 242).

Maslow folosește terminologia freudiană pentru a exprima faptul că în cazul persoanelor realizate, autoîmplinite, unificate cu Sine, există o relație de colaborare între Id, Ego și Superego, aceste instanțe armonizându-se sinergic, neluptându-se una cu cealaltă, așa cum se întâmplă în cazul persoanelor nevrotice. Aceasta le crează un anume sentiment de pace interioară, de serenitate și de autoîncredere corelată cu deschidere necondiționată față de ceilalți și disponibilitate altruistă.

Aceasta abordare a personalității în termenii psihoanalizei pare deosebit de interesantă putând induce ideea unor apropieri între cele două abordări teoretice, dar ea conține de fapt chiar **elementul diferențiator dintre psihologia freudiană și cea umanistă: viziunea despre om și dezvoltarea sa ca ființă**. Dacă în viziunea lui Freud, omul apare schilodit emoțional, nevrotic, sfâșiat între conflicte de natură abisală și constrângeri exterioare, la Maslow, nevoia de împlinire a SINE-LUI unifică și salvează, energizează și restructurează, este o continua sursă autotransformativă, având atributul adaptării creative. Într-un anume fel, gândind în spiritul lui Maslow, am putea spune că nevoia de dezvoltare și împlinire de sine este chiar nevoia de adaptare creativa perpetuă, prin a cărei satisfacere omul devine consonant cu lumea, cu mediul și cu viața în sens larg. Viața însăși este devenire creatoare și omul nu poate fi altfel decât o parte a universului, construit și funcționând după legile naturale ale acestuia.

În viziunea noastră, bazată pe terenul fertil al concepției umaniste-experiențiale, integrarea în ecosistem este condiționată fundamental de autoreglare și schimbare, de evoluție conștientă și responsabilă, în care sensul sănătos nu poate fi decât moral și cognitiv simultan, direcția de evoluție spirituală și transpersonală, iar acțiunea - eficientă doar în măsura în care este creativă.

## 2. Dezvoltarea transpersonală și psihoterapiile spirituale

Cea mai nouă direcție în psihologie este abordarea transpersonală, uneori numită și „a patra forță”

Unii psihologi, cum ar fi de pildă, Anthony Sutich, fondatorul Asociației Psihologiei Transpersonale, au rezistat tentației de a defini și delimita câmpul transpersonal. Sutich a intenționat ca psihologia transpersonală să fie un domeniu deschis tuturor posibilităților și a considerat că a da o definiție transpersonalului nu ar face decât să-i limiteze posibilitățile și să-i dea o nuanță de rigiditate.

Tentativa lui Hendrick din 1982 de a defini psihologia transpersonală, nu face decât să-i precizeze esența, fără să-i delimiteze marginile. Astfel, după spusele lui Hendrick, depășește cu mult nucleul conceptual al psihologiei clasice, fiind axată pe **esența tuturor persoanelor, pe ceea ce se situează dincolo de sfera personalului în sine**.

Concepția de bază a psihologiei transpersonale este că dincolo de individ există mai mult decât personalitatea acestuia. Personalitatea nu este decât una din fațetele întregii identități individuale. De aceea, unul dintre **scopurile terapeutice ale abordării transpersonale este de a pune în corespondență personalitatea cu Self-ul total**. Aceasta presupune mai mult decât înțelegerea personalității în termenii activității personale, de zi cu zi.

Dacă acest lucru este înțeles, „Sinele total” va ieși la iveală și își va asuma o poziție mult mai dominantă. Astfel, va exista o mai mare **unitate între minte și corp**, întrucât sinele este eliberat de restricțiile personalității.

Ca rezultat, individualitatea va fi capabilă să se bucure de ceea ce oferă lumea, fără să fie atașată acesteia (conform principiului non-atașamentului din filosofia și practica spirituală yoga (v. Patanjali, Yoga Sutra, edit. Soc. Informația, 1993).

Psihologia transpersonală își asumă o perspectivă extensivă în abordarea persoanei ca ființă în dezvoltare și integrare perpetuă. Ea încorporează contribuțiile esențiale ale primelor trei forțe în psihologie (psihoanaliza, abordarea cognitiv-behavioristă și forța umanistă) și asimilează constructiv, discriminativ, reargumentând dintr-o perspectivă modernă, științifică bazată pe cercetări de vârf în domeniul fizicii, biofizicii și neuropsihologiei - o serie de fenomene și metode abordate în disciplinele sapiențiale orientale și occidentale, cum ar fi: dezvoltare spirituală și experiență mistică, cunoaștere, comunicare și acțiune paranormală (fenomene PSI), intuiție și stări modificate al conștiinței, tehnici de meditație și extinderea resurselor cognitive și creative, autocontrol și autotransformare psihosomatică, trezire spirituală.

Psihologia și psihoterapia transpersonală sunt influențate de concepte provenite pe de o parte, din Yoga, Zen Buddhism, Taoism, Sufism, iar pe de altă parte, se structurează pe teoretizări și argumentații lansate în lucrările mai multor autori remarcabili: Carl Gustav Jung (cel care a folosit pentru prima dată termenul de „transpersonal” în 1916), Allan Watts, Abraham Maslow, William James, Frances Vaughan și Roberto Assagioli - autorul psihosintezelor. Fără a ne propune aici de a intra mai adânc în universul conceptual fascinant, dar dificil de asimilat (fără riscul unor confuzii regretabile) de către mintea înlănțuită în pragmatism și gândire carteziană a occidentalului, punctăm în continuare ideile definitorii ale surselor orientale, care au coagulat interesul științific al transpersonalistilor.

Sistemul disciplinelor Yoga are ca obiectiv autorealizarea personală prin unificarea cu conștiința universală, experimentând pas cu pas, posturi secifice (asanas), controlul respirației (pranayama) și tehnici variate de meditație.



Zen Buddhismul descoperă iluminarea prin meditație și intuiție. Taoismul găsește desăvârșirea prin depășirea contrariilor sau integrarea polarităților în unitate (Tao - refacerea întregului primordial și perpetuu autoregenerator).

Sufismul caută să ajungă la cunoașterea de sine prin explorarea modului în care pot fi depășite limitele raționalului.

Multe dintre metodele moderne ale psihoterapiei transpersonale au preluat și adaptat la spiritul omului contemporan cele mai valoroase și evident, accesibile concepte, metode și tehnici orientale, găsindu-le uneori chiar și suport sau instrumentație tehnică adecvată. Așa de pildă, descoperirea biofeedback-ului, ca tehnică de învățare a autocontrolului psihosomatic, cu ajutorul unor dispozitive electronice este o variantă modernă dar simplificată și simplistă a tehnicilor orientale de concentrare pe propria corporalitate, cu suport extern.

În tehnica biofeedback-ului subiectul experimentează posibilitățile sale de autoreglare pe cale mentală, a unor funcții fiziologice perturbate sau de control și reducere a anxietății sau a altor stări emoționale perturbate, prin asocierea lor cu anumiți stimuli sonori sau vizuali, emiși de către dispozitivul-suport la care este conectat subiectul. Dispozitivul electronic, care suscita concentrarea asupra propriei funcționalități psihosomate, folosește de fapt același principiu al integrării funcționale a corpului cu mintea, prin concentrarea percepției fenomenologic. Pacientul conștientizează prin focalizarea atenției asupra relațiilor dintre psihic și fiziologic și le armonizează, prin creșterea controlului voluntar. Pacientul poate să descopere astfel cum poate lucra cu sine asupra propriului corp și asupra propriilor stări emoționale, învățând să participe și să decidă conștient în procesul de autoreglare. Nimic nou sub soare... Tehnicile yogyne de concentrare a mentalului asupra funcționalității psihofiziologice (respirație, relaxare/tensiune musculară, reglaj cardiovascular, etc), de control conștient și reglare subtilă, informațional-energetică - realizează același lucru, de mii de ani, cu deosebirea că angajază persoana într-un proces de autodezvoltare conștientă mult mai activ și autonom, comparativ cu facilitățile de învățare cu suport extern care pot crea dependență.

Desigur, spiritul pragmatic modern este centrat pe ușurarea până la substituție a efortului conștient uman de către noile tehnologii, dar aceasta crește riscul alienării de sine și al blocării resurselor de autodezvoltare prin experiență fenomenologică, chiar dacă aparent, învățarea fără participare (ca de pildă cea sub hipnoză sau chiar autocondiționarea cu ajutorul tehnicii biofeedback-ului) pare a fi mult mai economicoasă.

O altă importantă contribuție modernă, care a asimilat izvoarele gândirii orientale este psihosinteza terapeutică, elaborată de R. Assagioli, concepută de autor ca un proces de combinare armonioasă a elementelor componente ale minții umane pentru a forma o personalitate totală, angajată pe calea dezvoltării spirituale.

Psihologia transpersonală implică **învățarea acceptării și iubirii tuturor „părților” sinelui, așa cum sunt acestea, precum și crearea posibilităților persoanei de a simți și accepta ceea ce cu adevărat simte, adică de a deveni congruentă, autentică, nemistificată, pură.** Recunoaștem în acest obiectiv al transpersonalității influența profundă și prea puțin subliniată, din păcate, a parintelui gestalt-terapiei - F. Perls și a confratelui său umanist, fondatorul terapiei centrate pe client - C.R. Rogers.

Psihologia și terapiile transpersonale își propun să exploreze noi teritorii ce transcend ego-ul. Ken Wilber a încercat, de pildă, să dezvolte un sistem comprehensibil al întregii conștiințe. El consideră conștiința asemenea unui continuum cu mai multe niveluri, asociate cu nivelurile corespondente din psihoterapie: ego-ul, biosocialul, existențialul și transpersonalul.

Dinamica nivelului ego-ului vizează imaginea de sine, fiind inspirată de scrierile lui S. Freud.

Nivelul biosocial reprezintă aspecte ale împrejurărilor situațiilor sociale ale persoanei, cum ar fi: influența relațiilor familiale, tradițiile culturale etc.

Nivelul existențial încorporează concepțiile abordărilor umaniste și existențiale și concepe organismul uman dintr-o perspectivă holistă.

Nivelul transpersonal depășește limitele convenționale și extinde câmpul conștiinței umane incluzând experiența mistică și spirituală.

Parcursul acestor niveluri realizează, la capătul continuumului - **unitatea perfectă cu universul.**

Ceea ce se reproșează încă psihologiei transpersonale, este insuficiența definirii a concepțiilor și o redusă bază de cercetări. Criticii acestui domeniu, îl acuză, în general, ca fiind prea esoteric.

Adepții acestei abordări menționează faptul că studiile științifice asupra ultimei dimensiuni a experienței personale oferă înțelegerea cea mai profundă a naturii umane și trasează căile prin care oamenii își pot dezvolta întregul lor potențial. Acest domeniu este încă într-un proces de conceptualizare. F. Capra (1983) este de părere că deocamdată, el include mai multe modele conectate, idei și tehnici terapeutice. Progrese în domeniu s-au înregistrat atât înăuntrul, cât și în afara instituțiilor academice. De exemplu, Institute of Noetic Sciences, fondat de astronautul Edgar Mitchell suține importante cercetări privind telepatia, extinderea capacităților umane, precum și caracteristicile emoționale ale persoanelor cu o sănătate perfectă. Unele dintre aceste cercetări de vârf au fost realizate sub egida unor universități prestigioase cum ar fi Stanford și Harvard.

### **3. Principalele contribuții teoretice și aplicative în domeniul dezvoltării transpersonale**

Vom grupa principalele contribuții în sfera transpersonalului în trei direcții de analiză, urmărind activitatea celor mai importanți teoreticieni ai domeniului:

\* R.Assagioli și psihosinteza;

\* S.Grof și experimentele sale sub L.S.D., precum și tehnica respirației holotropice;

\* Ch.Tart, și alți cercetători importanți, grupați în cadrul Institutului de Psihologia Transpersonală de la Palo Alto, California.

#### **3.1. Psihosinteza și dezvoltarea transpersonală**

• **Roberto Assagioli** (născut la Veneția în 1888, decedat la Capolna în 1974) este autorul a trei importante lucrări: „Psihosinteza: pentru armonia vieții” (Mediterranee, Roma, 1965;

„Principii și metode al psihosintezei terapeutice” (Astrolabio, Roma, 1973); „Actul voinței” (Astrolabio, Roma, 1977). În plus, el a lăsat în urmă un număr imens de scrieri produse de-a lungul anilor, cea mai mare parte nedatate. În cadrul acestora, sistemul psihologic care a fost formulat și dezvoltat de el sub numele de psihosinteza este expus sub toată bogăția sa. În volumul publicat sub numele „Transpersonal Development, The Dimension Beyond Psychosynthesis” (Aquarian/Thorsons, An Imprint of Harper Collins Publishers, 1991), la un centenar de la nașterea fondatorului, Institutul de Psihosinteza, valorifică toată această bogăție de idei.

De timpuriu, din 1909, când a publicat articolul „Psihologia ideilor-forță și psihagogia”, în Revista de Psihologie aplicată, Assagioli aducea în prim plan o viziune asupra omului și a disciplinei psihologice, pe care el însuși o recunoștea în 1971 ca deja conținând punctele-cheie ale Psihosintezei în forma sa embrionară. În cadrul volumului menționat, autorul valorifică într-un mod mult mai coordonat și sistematic studiul și investigațiile sale asupra experiențelor **supraconștientului**, care l-au preocupat de-a lungul anilor și asupra carora este focalizată întreaga psihologie și terapie transpersonală.

Într-un anume sens, toate scrierile lui Assagioli sunt spiritualiste, dar atributul acesta al spiritualității apare în special în acea parte a operei sale care tratează, în exprimarea sa metaforică - „aventuri lungi și înflăcărâte, ca și călătorii prin spațiile extraterestre” - ce descriu dezvoltarea spirituală a omului. Acest psihiatru și psihoterapeut, observă că termenul „transpersonal” a fost folosit aproape de toți umaniștii, dar în special de Maslow și de cei a căror școală se poate numi „spirituală”. Științific vorbind, este un cuvânt mai bun, mult mai precis și într-un sens, neutru, exprimând clar ceea ce se situează dincolo de abordarea obișnuită a personalității.

De asemenea, termenul **evită confuzia cu multe fenomene care acum sunt denumite spirituale, dar care de fapt sunt pseudospirituale sau parapsihologice.**

În concepția autorului, folosirea predilectă a termenului „spiritual” nu se reduce doar la experiențe religioase specifice, ci include toate etapele conștiinței și include toate acele funcțiuni și activități care capătă valoare normativă: **valori etice, estetice, eroice, umaniste și altruiste**. Cum însuși Assagioli a spus, „dezvoltarea spirituală include toate experiențele conectate cu trezirea conținuturilor supraconștiinței, care poate cuprinde sau nu experiența Self-ului”.

În lucrarea sa „Dezvoltarea transpersonală”, (1993) structurată pe trei părți, el prezintă în prima parte, dintr-o perspectivă cognitivă, tema lumii realităților supraconștiinței, pentru ca în partea a doua, să desfășoare etapele și problemele înglobate în procesul dezvoltării spirituale. A treia parte se referă la aplicarea efectelor acesteia în viața de zi cu zi. Pentru fiecare proces psihic există două momente inseparabile și distincte: primul - conștientizare și înțelegere și al doilea - aplicarea lor și aprecierea spirituală a vieții și a diferitelor sale manifestări. Departe de a fi teoretice și nepracticabile, ele sunt eminamente revoluționare, dinamice și creative.

### 3.2. Stanislav Grof - de la perspectiva psihanalitică la cea transpersonală

S. Grof a debutat ca cercetător al stărilor alterate ale conștiinței în 1956, în cadrul serviciului de psihiatrie al Școlii de Medicină a Universității Charles din Praga, sub îndrumarea dr. Roubicek, care experimenta efectele LSD-ului în tratamentul tulburărilor psihice. El a fost fascinat de studierea modificărilor psihice sub administrarea drogurilor psihedelice, până la a decide să-și consacre întreaga viață acestor studii. Își va continua activitatea pe teritoriul Americii, ca psihanalist și va evolua treptat către terapiile transpersonale, în urma experimentelor științifice laborioase și extensive pe care le întreprinde cu ajutorul Fundației pentru cercetări psihiatrice din New Haven, Connecticut și a Centrului de cercetări psihiatrice din Maryland, unde intră în contact cu personalități ale orientării umaniste, ca A. Maslow, A. Watts, A. Sutich etc. Este un psihiatru cu aproape 40 de ani de experiență în cercetare și psihoterapie.

În evoluția sa profesională sunt de reținut perioadele în care este profesor la Universitatea John Hopkins, șeful cercetării psihiatrice de la Centrul de cercetări din Baltimore și rezident la celebrul Institut Esalen, Big Sur, California.

Grof este unul dintre principalii teoreticieni ai psihologiei transpersonale și fondatorul Asociației Internaționale Transpersonale (ITA). În prezent locuiește în Mill Valley, California. Printre publicațiile sale cele mai cunoscute se număra peste 100 de articole și o serie de cărți cum ar fi: „Tărâmurile (regatele) inconștientului uman” (Realms of the Human Unconscious, 1976), „Psihoterapia LSD” (1980), „Dincolo de moarte: porțile conștiinței” (cu Christina Grof, 1980), „Dincolo de creier: naștere, moarte și transcendență în psihoterapie” (1985), „Aventura autodescoveririi” (1987), „Emergența spirituală: când transformarea personală devine criză” (1989, cu Christina Grof), „Mintea holotropă: trei niveluri ale conștiinței” (1992), „Cărțile morților: manuale pentru a trăi și a muri” (1994).

Grof a dezvoltat un întreg sistem de idei pe baza extensivelor sale cercetări asupra psihoterapiei sub LSD sau sub alte droguri psihoactive. El a traversat de la perspectivă psihanalitică inițială, la cea transpersonală. Ca rezultat al celor 3000 de ședințe cu suport psihedelic și în urma celor 200 de ședințe similare efectuate de colegii săi, Grof a construit ceea ce s-ar putea numi „cartografia inconștientului”.

Încă de la descoperirea sa de către Albert Hofman, LSD-ul a constituit obiectul unor îndelungi controverse. Posibilitatea simulării simptomelor schizofreniei pe subiecți normali din punct de vedere psihic și somatic, posibilitatea inducerii unei psihoze experimentale temporare, deschidea noi porți către înțelegerea maladiilor mentale. Pe de altă parte, un număr semnificativ de subiecți cărora li s-a administrat LSD au raportat trăirea unor experiențe estetice, asemănătoare celor ce stau la baza proceselor creative de vârf. Pictori, sculptori și muzicieni, sub influența LSD-ului au creat opere deosebit de interesante, complet neconvenționale, foarte îndepărtate de modul lor de expresie obișnuit.

Experimentele au avut o puternică implicație în psihologia și psihopatologia artei.

Utilizarea LSD-ului a demonstrat că subiecții pot avea trăiri religioase profunde, experiențe mistice, ajungându-se să se vorbească despre un „misticism instantaneu”. Acesta a declanșat o dispută aprigă între cercetători, pe de o parte, și filosofi și teologi, pe de altă parte, la baza acestei dispute stând afirmația conform căreia, dacă misterele religioase și-ar găsi explicația în termeni fiziologici și biologici, sacral și-ar fi pierdut rațiunea de a fi.

Anumiți consumatori de LSD au semnalat modificări spectaculoase în structura personalității lor, sub aspectul credințelor religioase, valorilor, concepțiilor filosofice și a modului de viață, în general.

Consecințele negative ale consumului de LSD sunt cunoscute (depresie, tentative de suicid) și de aceea, **dinamica acestor fenomene trebuie supusă unei abordări riguroase**. Analiza minuțioasă făcută de Grof asupra experimentelor cu LSD a evidențiat faptul că această substanță este un amplificator non-specific de procese mentale, „favorizând emergența diverselor elemente din profunzimile inconștientului” (S. Grof, 1976).

#### Efectele LSD-ului asupra ființei umane

LSD-ul a fost sintetizat în laborator pentru prima dată de către Stall și Hofmann în 1938. Aceștia au încercat să găsească un medicament pe care să-l poată folosi în obstetrică-ginecologie, dar observând că la testele de laborator s-a dovedit inefficient, au abandonat cercetările. Hofmann constată în 1943 proprietățile sale **halucinogene**. Hazardul a făcut ca acesta să se intoxice cu o cantitate mică de LSD, în urma căruia a constatat modificările profunde ale funcționării normale a mentalului său: „călătoria” pe parcursul mai multor ore într-un univers fantastic, călătorie presărată cu o gamă largă de emoții, trăiri deosebit de intense, în tot acest timp, fiind înconjurat de forme mișcătoare, toate pe fundalul unor culori strălucitoare. Impresionat de cele experimentate, îi relatează lui Stall (psihiatru la clinica din Zurich).

Acesta manifestă un vădit interes și decide să conducă o serie de studii științifice pe subiecți normali și pe pacienți cu tulburări psihice.

Fenomenele legate de LSD sunt extrem de diverse și vizează deopotrivă atât fizicul cât și psihicul:

1) **Simptomele somatice**. Se exprimă în manifestări neurovegetative datorită stimulării sistemului nervos simpatic, cât și parasimpatic. Calea simpatică include: accelerația pulsului, dilatația pupilelor, instabilitatea concentrării, transpirații puternice, vasoconstricție periferică, piloerecție. Efectele parasimpatice: salivare excesivă, secreție lacrimală, amețeli, vomă. Alte simptome: dureri, senzații de răceală, oboseală, alternanța frisoanelor cu bufee de căldură. Efecte motorii: tensiune musculară, contracții, crispări. Există unii subiecți care resimt o senzație de relaxare musculară totală.

2) **Transformările din sfera perceptivă**. Sunt cele mai frecvente. Subiectul descrie apariția unor viziuni fabuloase, figuri geometrice mișcătoare, variații iluzorii ale mediului înconjurător, viziuni complexe antropomorfe și zoopsice). Se înregistrează, de asemenea, dificultăți în diferențierea stimulilor auditivi, iluzii și halucinații acustice. Gustul și mirosul sunt în principal inhibitate. Sensibilitatea tactilă prezintă unele distorsiuni.

3) **Modificarea percepției spațiului și timpului**. Subiecții percep câteva minute echivalând cu trecerea unor secole, milenii, iar perioade lungi de timp sunt percepute ca trecând în câteva clipe. Distorsiunile perceptive constau, deci în dilatarea sau condensarea timpului scurs obiectiv. Modificarea temporală nu este atât cantitativă, cât dimensională - „timpul își opreste zborul, iar natura secvențială a evenimentelor dispăre; trecutul, prezentul și viitorul se întrepătrund, pierzându-și granițele”, comentează Grof. **Regresia temporală** constituie o categorie particulară a modificărilor de natură temporală.

Noțiunea de spațiu, ca și cea de timp, cunoaște o serie de deformări: distanțele sunt supra sau subestimate, volumul obiectelor nu mai este în corespondență cu masa reală a acestora, întreg spațiul se poate condensa pe verticală sau pe orizontală.

Unii subiecți relatează pierderea sensului perspectivei, alții relatează fluctuații ale structurii spațiului (rarefieri, sau condensări ale aerului). În raport cu existența continuumului spațiu-timp, percepută în mod obișnuit de oamenii normali, cei supuși tehnicii de provocare experimentală cu LSD își creează propriul spațiu, microcosmosuri individuale, paralele și independente, și experimentează conștiința eternității și a infinitului (v. în același context și experimentele naturale relatate de Carlos Castaneda cu privire la efectele complexe ale peiotei\*, utilizată de către indienii Yaqui pe calea cunoașterii inițiatice a „celeilalte realități”. Întregul periplu experiențial inițiativ al cunoscutului antropolog, acceptat ca ucenic de Juan Matus - un „brujo” (vrăjitor sau șaman din Mexic) care îi devine maestru - este prezentat în celebrele sale cărți, dintre care unele traduse și în limba română: „Învățăturile lui Don Juan. O cale Yaqui de cunoaștere” (Edit. Iri, 1995), „Cealaltă realitate”, „Povestiri despre putere” și „Calătorie la Ixtlan”, (publicate în edit. Rao, 1995).

**4) Modificările comportamentului afectiv.** Apar la absolut toți subiecții ce au urmat ședințe cu LSD. Euforia capătă diferite aspecte: exaltare însoțită de răsete intempestive, o bucurie exuberantă, sentimente de pace interioară, un extaz orgiastic, stări hedonice, o multitudine de senzații voluptuoase. După un anumit timp, subiecții încearcă stări de panică, angoasă, totul transformându-se într-o frică profundă de moarte. Subiecții depresivi resimt o imensă tristețe, urmată de agitație însoțită de manifestări cum ar fi tendințele suicidare. De asemenea, subiecții încearcă sentimente puternice de inferioritate și culpabilitate.

**5) Modificările din sfera gândirii și memoriei.** Acestea sunt greu de evidențiat cu ajutorul testelor psihologice clasice. Asociațiile de idei de natură onirică sunt caracteristice celor care au urmat ședințe cu LSD. Subiecții au trăiri intense de tip artistic sau încearcă trăiri asemănătoare iluminării de geniu a savantului sau inventatorului.

**6) Modificările psihomotrice.** Comportamentul subiecților capătă aspecte curioase: răd fără motiv, tendințe manifeste de agresivitate, teatralism, nonexistența cenzurii în satisfacerea oricăror impulsuri.

**7) Modificările de conștiință.** Conștiința subiectului suferă o modificare calitativă de natură onirică. Aceasta poate transcende limitele obișnuite ale ego-ului, reușind să înglobeze fenomene ce țin de inconștientul profund, nonaccesibil în mod natural. „Putem vorbi de expansiunea conștiinței” după Grof.

**8) Sexualitatea** este influențată în maniere diferite, uneori este complet inhibată, astfel încât subiectului i se pare că nimic nu-i este mai străin ca propriul sex; alteori, sexualitatea individului este atât de exacerbată încât acesta pare a fi devorat de fantasme erotice (sunt implicate elemente de tip sadic sau pervers). De cele mai multe ori, aceste fantasme, iau aspectul unor veritabile orgii.

**9) Trăirile artistice.** Experiența artei reprezintă un aspect important al unei ședințe experimentale LSD. Percepția unică a culorilor și formelor, uneori sub impactul muzicii, favorizează experiențe artistice deosebit de originale, sentimente și trăiri unice. Potențialul creativ al naturii umane este stimulat, dinamizat, după doar o singură ședință experimentală cu LSD. Această constatare nu este însă o regulă absolută.

**10) Experiențele religioase și trăirile mistice** - reprezintă categoria cea mai interesantă și cea mai stupefiantă din seria manifestărilor LSD. Incidența lor este direct proporțională cu numărul ședințelor la care a participat subiectul și cu doza administrată. De asemenea este direct proporțională cu circumstanțele, cadrul și tehnicile tratamentului psihedelic.

În timpul ședințelor experimentale, subiecții trăiesc experiența morții, a renașterii și a uniunii cosmice; ei relatează trăirea încarnărilor anterioare.

Cercetările inițiale s-au focalizat în jurul așa zisei „psihoze experimentale”. Descoperirea accidentală a acestei substanțe (LSD), precum și primele studii au demonstrat faptul că o cantitate infimă din ea poate produce modificări profunde, spectaculoase ale funcționării individului. S-au încercat o serie de comparații între simptomele schizofreniei și manifestările subiecților ce au urmat ședințe cu LSD, similitudinile constatate fiind semnificativ mult mai numeroase decât diferențele. Literatura consacrată cercetărilor despre LSD sugerează existența unui model de reacție standard. Descrierea clasică a acestui model se axează pe trei faze: a) o fază de latență ce durează între 30 și 50 de minute; b) o fază numită autonomă sau vegetativă, acompaniată de diferite manifestări fiziologice; c) „faza psihotică”.

Modificările ce afectează regiunea optică - intensificarea percepțiilor culorilor, imaginilor abstracte, iluziile și pseudohalucinațiile sunt considerate a fi caracteristicile de bază ale ședințelor LSD.

Cercetările lui S. Grof au arătat că există indivizi ce nu cunosc modificările optice în timpul ședințelor. Pentru alții, ședința LSD nu este decât o succesiune de stări de rău extrem de puternice, iar pentru unii, nu este decât un episod veritabil de excitație erotică deosebit de intensă (persoanele interogate afirmă că această substanță este mai puternică decât toate afrodisiacele). Unii indivizi au însă reacții ce par a justifica ipoteza „psihozei experimentale”, traversând perioade de angoasă terifiantă, panică și au o puternică tendință de a interpreta experiența în termeni ce amintesc de ideea delirantă a unui paranoid.

Un fapt constatat este acela, că în unele cazuri, ședința ia forma unei autoexplorări psihologice profunde. Subiecții regresează la diferite stadii ale existenței lor, re trăind evenimentele traumatizante din copilărie. În fine, în aceleași circumstanțe, unii subiecți trăiesc experiențe mistice profunde, au sentimentul morții și al renașterii, au senzația de uniune cosmică sau cea de comunicare cu divinitatea.

**Experiențele abstracte și experiențele estetice**

Aceste fenomene se manifestă în special, în

faza inițială a ședinței LSD, intensitatea lor scăzând în finalul acesteia. În comparație cu percepțiile obișnuite, sunt foarte bogate în contraste și nuanțe intense. În anumite cazuri, mozaicul deosebit de dinamic, viu colorat este asimilat unor imagini cuprinzând scene fantastice și exotice: jungle misterioase, insule tropicale, păduri submarine și impresionante recifuri de corali. Secvențele evocate se petrec în temple, în catedrale gotice sau în cupolele moscheelor; subiecții descriu spectacole caleidoscopice extraordinare, fântâni magice, jocuri de apă și focuri de artificii feerice. O zonă fixată în câmpul vizual își pierde relațiile spațiale logice cu mediul, devenind un microcosmos autonom. Modificările perceptivă cele mai interesante sunt fără îndoială, iluziile optice. Astfel, obiectele cele mai diferite își pierd forma obișnuită, aflându-se într-o stare de instabilitate și fluiditate. În cursul acestui proces, acestea par a se transforma, par a căpăta nuanțe de disproporționalitate. Corpul subiectului, precum și trupurile altor persoane, capătă forme grotești: unele detalii anatomice sunt miniaturizate și altele sunt mărite sau alungite. Mediul înconjurător suferă mutații căpătând aspectul unei picturi cubiste. Elementul optic al experiențelor estetice este deosebit de impresionant, intensitatea trăirilor fiind maximă. De aceea unii subiecți asimilează experiența unei orgii vizuale, în care apar adesea suprafețe inconsistente. Textura obiectelor sau a zidurilor formează imaginea unor animale fantastice, a unor fețe grotești sau diferite scene exotice.

Capacitatea de a diferenția sunetele este de asemenea afectată, apărând iluzii acustice. Astfel, stimuli monotoni, precum un robinet care curge, un aparat electric care bâzâie înfundat, devin pe neașteptate melodii deosebit de suave.

**Experiențele psihodinamice.** Își au originea în zonele profunde ale inconștientului uman. Fenomenologia experiențelor psihodinamice întâlnite în cursul ședințelor LSD este în mare măsură conectată cu conceptele de bază ale psihanalizei clasice. Grof introduce un concept operațional nou în înțelegerea funcționării și devenirii personalității - sistemul Coex.

\* N. N. Ciupercă cu proprietăți halucinogene



**Sistemul Coex** este o constelație specifică de amintiri formate din experiența condensată din diferitele perioade ale vieții individului. Cele mai importante sisteme Coex sunt acelea care rezumă și condensează conflictele, confruntările cu situațiile ce au periclitat viața, sănătatea sau integritatea psihică a subiectului. Putem diferenția sisteme Coex negative (sisteme ce condensează experiențe neplăcute, dezagrebile) de sistemele Coex pozitive (sisteme ce condensează experiențe plăcute din viața individului).

În timpul sesiunii terapeutice, regresia psihică sub doze infime de LSD, controlată de terapeut, poate activa informații provenite din etapele anterioare ale vieții și chiar din stadiul intrauterin, incluse în sistemul Coex care constituie un fel de „bancă informațională a inconștientului” organizată în scheme-depozit polarizate de aceleași tipuri de trăiri și experiențe emoționale. Reactivarea și pătrunderea în profunzimile sistemului Coex îi oferă subiectului experiența conștientizării și reintegrării unor trăiri și evenimente traumatizante sau beatifice legate de întreaga perioadă a concepției, a dezvoltării intrauterine și travaliului din timpul nașterii.

Cu unii subiecți, Grof a obținut și rezultate mult mai greu de explicat deocamdată, ca de pildă reținerile unor vieți anterioare, ceea ce vine să confirme pe baze experimentale teoria reincarnărilor succesive pe care o cunoaștem din filosofia și mistică orientală, dar în favoarea căreia argumentează și alte experimente de regresie temporală efectuate sub hipnoză (B. Weiss ș.a.). Experiențele transpersonale pe care subiecții lui Grof le relatează au dat naștere multor **dispute**, fără a lipsi detractorii și contestatorii atât a manierei experimentale, cât și a implicațiilor etice, religioase și filosofice ale acestora. Dincolo de prejudecățile unora, ori de entuziasmul suspect de nediscriminativ al altora, contribuțiile științifice ale lui Grof și ale școlii transpersonale pe care a creat-o produc și în prezent uimire și anxietate de cunoaștere multor minți din lumea științifică actuală, ale căror scheme raționalist-rigide, pozitivistice se cantonează în teorii neîncăpătoare pentru adevăr, în special cel care se referă la psihicul uman atât de puțin

cunoscut încă în devenirea, resursele și transformările sale evolutive.

### Practica respirației holotropice și explorarea Sine-lui

Fascinat de universul atât de bogat și imprevizibil al inconștientului și supraconștientului, adică de toate fenomenele de cunoaștere care se situează dincolo de limitele conștientului obișnuit, Grof a încercat încă din 1976 să pună la punct o metodă de explorare a Sine-lui, adică a tot ceea ce se extinde dincolo de Ego, fiind fie ignorat, fie latent, fie scăpând controlului acestuia. Astfel, împreună cu Christina Grof a creat **practica respirației holotropice**, ca o metodă de explorare a sine-lui, ce integrează elemente din cercetările moderne ale conștiinței, antropologiei, psihologiei abisale, psihologiei transpersonale, practicilor spirituale orientale și misticismului. Termenul holotropic vine din limba greacă - „holos = întreg, tot și „trepein” = a înainta, a merge către) însemnând respirație totală, întreagă, completă

Metoda se bazează pe **potențialul spontan de vindecare al psihicului care devine disponibil în stările neobișnuite (non-ordinare) ale conștiinței**, induse de respirația accelerată, pe fond de muzică provocativă (inductivă), într-un ambient special amenajat. Focalizarea energiei și desenul mandalei sunt de asemenea elemente importante în procesul holotropic.

Tehnica respirației holotropice mediază accesul către diferite niveluri ale experienței umane, incluzând amintirile relevante din copilărie, secvențe ale morții și renașterii psihospirituale, o gamă largă de experiențe transpersonale. Teoria și practica acestei tehnici sunt prezentate în lucrarea „Beyond the Brain” a dr.-lui S. Grof.

Autorii practicii respirației holotropice, au folosit-o în sute de ateliere formative, în nordul și sudul S.U.A., dar și în Europa, Australia și Asia. Ca răspuns la cererea foarte mare de pregătire în acest domeniu, fondatorii au creat GPT (Grof Transpersonal Training) - o organizație cu scopuri formative, cu sediul la Mill Valley, California.

Acest program facilitează mai curând dobândirea unor deprinderi de practică personală, dar nu oferă participanților o diplomă care să le garanteze ulterior conducerea terapiei de acest tip.

Programul teoretic și experiențial în „Holotropic Breathwork” este fundamentat pe cunoștințele de psihologie transpersonală, ca disciplină ce integrează știința modernă cu marile tradiții spirituale ale lumii. Cursurile sunt axate pe explorarea filosofilor spirituale orientale, noua paradigmă în știință, psihologie arhetipală, astrologie ș.a. Un program complet include 5 stadii, iar un training are două niveluri: **un stagiul educațional**, adresat unui număr larg de persoane interesate (antropologi, artiști, oameni de știință, studenți, tuturor celor interesați de introspecție, experiențe cu respirația holotropică și psihologie transpersonală, stări alterate ale conștiinței); **un stagiul formativ** numai pentru practicieni, destinat celor care vor lucra în domeniul transpersonal. Aceștia din urmă au nevoie pentru a obține un certificat de atestare în domeniu, de a fi lucrat sub îndrumarea unui practician acreditat în domeniu, care să asigure supervizarea și feed-back-ul practic.

Training-ul de bază constă în 150 de ore de experiență generală în practica respirației holotropice sub îndrumarea lui Grof, sau a formatorilor săi și include 7 module și un seminar de două săptămâni, cu atestat. Durata totală a programului este de minimum 2 ani de la momentul implicării profunde în practica programului.

Am prezentat toate aceste detalii privind practica formativă în domeniul psihoterapiei transpersonale, pentru a atrage atenția cititorului, avizat, și mai ales neavizat, asupra **specificului și seriozității pe care o implică formarea unui psihoterapeut în general, și a unui cu orientare transpersonală, în special**. Aceasta, în speranța că vom reuși să temperăm, cât de cât nerăbdarea, entuziasmul și atracția bazate pe motivații facile, puerile sau străine eticii psihoterapeutice a multor veleitari sau aspiranți ai acestui domeniu, de diverse specialități, care din păcate, sunt lipsiți de pregătirea de bază - psihologică, psihopatologică și psihoterapeutică, efectuată în cadru academic (universitar și postuniversitar).

### 3.3. Institutul de Psihologie Transpersonală de la Palo Alto - preocupări și principalii reprezentanți

Institutul de Psihologie Transpersonală de la Palo Alto, California este fără îndoială, cel mai prestigios lăcaș al teoriei și practicii transpersonale, la ora actuală. El constituie „inima” cercetărilor și formării profesionale în acest domeniu, susținând programe de doctorat și masterat, în domeniul psihologiei și consilierii transpersonale.

Este fondat în 1975 de către prof.dr. Robert Frager, alături de care își desfășoară activitatea formativă, de cercetare și teoretică nume devenite deja foarte importante în lumea științifică: Charles Tart, Arthur Hastings, William Braud, Rosemarie Anderson, Kathleen Wall, Jill Mellick, Paul Roy, Robert Schmitt, Irene Lazarus, Michel Hutton, Arlene Mazak, Hillevi Ruomet.

Din perspectiva grupului de la Palo Alto - ITP, psihologia transpersonală crează o conexiune între domeniul științific al psihologiei și spiritualitate, privind dincolo de individ și având un punct de vedere mult mai larg asupra lui, o viziune holistă. Bazându-se inițial pe contribuțiile cele mai valoroase din psihanaliză, behaviorism și psihologia umanistă domeniul transpersonal a încercat să le extindă și să le depășască.

**Experiențele transpersonale au avut un efect profund transformativ în viețile celor care le-au trăit, aducând o nouă înțelegere a iubirii, compasiunii, precum și o cunoaștere de dincolo de obișnuit - supracunoașterea**. Ei au devenit mai deplin conștienți de limitele și distorsiunile lor în cunoaștere și comportament, putând să lucreze asupra acestora pentru o mai deplină dezvoltare psihologică și spirituală.

Obiectivele declarate ale transpersonalistilor de la ITP sunt dialogul deschis și explorarea cu mintea trează, în scopul extinderii posibilităților de cunoaștere și autotransformare. Psihologia transpersonală devine astfel o cale de explorare și stimulare a potențialului pentru transformarea sine-lui și a lumii, a noilor idei și a creativității umane, în slujba binelui individual și colectiv, a respectării echilibrului ecologic și a dezvoltării spirituale.

„Ca unul dintre pionierii educației transpersonale, ITP și-a câștigat un respect profund pentru calitatea sa academică. El aduce o contribuție majoră la schimbările din conștiința noastră care ne vor ghida în viitor”, este de părere W. Hartman, (președintele Institutului de Științe Noetice).

Alte scopuri sunt:

- să învețe cursanții să încorporeze valorile transpersonale în fiecare aspect al vieții lor;
- să contribuie prin cursuri, stagii de master și doctorat la formarea formatorilor în domeniul psihologiei și dezvoltării transpersonale;
- să contribuie la îmbogățirea experienței cognitive și să întâmpine nevoile lumii cu compasiune și eficiență;
- să încurajeze dezvoltarea personală prin învățare experiențială, autoobservație și introspecție creativă.
- să ofere atenție și sprijin individualizat, precum și un mediu în care sensul comunitar să fie în egală măsură dezvoltat și cultivat.

Întreaga activitate științifică a ITP se întemeiază pe convingerea că cercetarea riguroasă, academică, trebuie însoțită de o implicare personală profundă. Principalele domenii pe care se axează programul educațional și formativ sunt: 1) domeniul intelectual (teoretic și cercetare); 2) domeniul expresiv creativ; 3) domeniul emoțional - clinic; 4) domeniul spiritual; 5) domeniul fizic - corporal; 6) domeniul comunitar și organizațional.

**Exercițiile experiențiale** completează programul teoretic al institutului, a cărui tematică modulară include printre altele:

- Abordări transpersonale ale expresiei creative (axat pe contribuția expresiei creative în procesele de vindecare și în dezvoltarea psihospirituală, inclusiv practicare de diverse modalități expresive cum ar fi mișcare, arte vizuale, poezie, proză și colaj);
- Abordarea în grup a creșterii personale și profesionale, învățarea utilizării principiilor transpersonale în creșterea personală și schimbarea atitudinilor (incluzând aici lucrul cu visul, dezvoltarea intuiției și a percepției extrasenzoriale - ESP);

- Dezvoltare psiho-spirituală și consiliere transpersonală (Training experiențial intensiv în tehnicile de consiliere transpersonală);

- Terapii psiho-corporale, axate pe explorarea unei varietăți de abordări alternative, neconvenționale în vindecare și studii psihoneuroimunologice;

- Perspective spirituale (examinarea abordărilor psihologice, mistice și spirituale ale dezvoltării și creșterii personale, inclusiv exerciții aplicative ale principiilor învățate);

- Arhetipuri, mituri și simboluri (explorarea temelor și ideilor jungiene în mituri și simboluri universale; dezvoltarea abilităților de recunoaștere a arhetipurilor care sunt operante în viețile proprii);

- Disciplină și practică transpersonală (folosirea practicilor de autoobservație și raportare în scop de disciplină spirituală, pe parcursul dobândirii bazelor teoretice și psihologice ale practicii);

- Familia ca vehicul spiritual (explorarea aspectelor transpersonale ale vieții de familie, incluzând tehnicile hipnotice în lucrul cu familia, puterea viselor familiei, stările alterate în care intrăm cu familiile noastre și puterea pe care acestea o exercită în viața personală a fiecărui individ, căile de dezvoltare sau de menținere a sensului identității de sine în cadrul familiei).

- Relațiile cu lumea (explorarea și extinderea relațiilor cu mediul. Înțelegerea interrelațiilor cu tradițiile indigene și explorarea căilor de extindere a identificării cu alți oameni, animale, plante, arbori, natură și planetă.);

- Psihologia meditației (metodele de meditație, focalizate pe aplicațiile fiziologice și psihoterapeutice ale meditației)

- Teorii occidentale și orientale ale personalității;

- Psihologia stărilor de conștiință;

- Psihologia sufismului, misticismului creștin, a șamanismului și dimensiunile spirituale ale comportamentului uman;

- Psihologia corpului, vindecarea prin artă și corpul;

- Comunicare transpersonală și aplicații sociale ale psihologiei transpersonale, etc.

Am trecut în revistă preocupările teoretico-metodologice și formative ale ITP, pentru a oferi cititorului o imagine cât mai cuprinzătoare asupra acestora, spațiul prezentei lucrări nepermițându-ne să detaliem, pe cât s-ar fi cuvenit, aspectele legate de tehnicile și metodele de dezvoltare și terapie transpersonală, de tehnicile de meditație și transformare, în special.

- Un alt grup de cercetători, derivat din ITP este constituit sub numele de „Centrul de cercetare William James”, înființat în 1994. Proiectele acestui centru se referă la: - experiențele umene excepționale, atât psihice, cât și mistice; - transformarea psiho-spirituală; - creștere și bunăstare fizică și psihică. Centrul are în vedere cercetări aplicative ale psihologiei transpersonale în consiliere, terapie, ghidare spirituală, relații umane și afaceri.

Nu putem încheia acest capitol fără a menționa contribuțiile remarcabilei lucrări românești „Psihologia simbolului arhetipal” (edit. I.N.I. București 1996) aparținând lui Ion Mânzat și M. P. Craiovan, care aduce în atenție conceptul de transconștiință (a patra stare de conștiință), prin care autorii exprimă «depășirea funcțiilor cunoscute ale conștiinței (stabilite de Henry Ey în 1963), creșterea fără limite a potențialului psihic uman, „conștiința de vârf”.

Transconștiința (conștiința transcenderii) este, mai întâi, trans-descendentă, întrucât forează în subconștient de unde își trage seva și apoi, trans-ascendentă, pentru că urcă deasupra nivelului conștiinței de unde erupe ca o lavă vulcanică”...

Simbolul arhetipal este una din modalitățile de favorizare a integrării psihismului în Totul universal.

Simbolul, ca orice alt act creator uman este transcendent în raport cu lumea, întrucât el conține „ieșirea din lume” și deci, ieșirea din cunoașterea comună și din conștiința ordinară. Datorită sinergiei cosmice există în om o rudenie cu întregul cosmos. Simbolul arhetipal este un argument în favoarea susținerii transcenderii și cosmizării, ca performanțe posibile ale spiritului omenesc. Transconștiința umană ascunde în sine secretul lumii și dându-i omului acces la acesta, îl înalță deasupra tuturor lucrurilor lumii” (op. cit. p. 352). „Transconștiința nu este cu totul altceva decât conștiința, nu este o negare sau o sfidare a conștiinței, precizează aceiași autori, ci doar o amplificare maximă a acesteia. Conștiința umană este unitară, iar inconștientul, subconștientul, conștiința și transconștiința sunt doar diverse niveluri ale potențialității psihice.” (idem. p. 353). Funcționând ca o coöperare și coevoluție a tuturor funcțiilor, de la toate nivelurile psihismului uman și aparținând omului ridicat la cel mai înalt nivel de spiritualitate, transconștiința este sursa întregului potențial creator al omului, cea care” îl înalță la o nouă conștiință de sine, la dobândirea capacității de autototalizare și autodepășire a sistemului OM în corelație cu întreaga existență, este cutezanța supremă a omului de a bate la porțile absolutului. Prin transconștiință, psihismul devine spirit.” (ibidem, p. 353).

## Bibliografie

1. Allan, J. — *Serial drawing: A therapeutic approach with young children*, *Canadian Counsellor*, 12, 1978, p. 223-228.
2. Allan, and Reynes, Robert L. — *Humor in Psychotherapy: A View*. *American Journal of Psychotherapy*, Vol. XLI, No. 2, 1987.
3. Alto, C.A. — *Science and Behavior Books*, 1983.
4. Appelbaum, S.A. — *A psychoanalyst looks at Gestalt therapy*. In C. Hatcher și P. Himmelstein (Eds). *The Handbook of Gestalt Therapy*, New York: Iason Aronson, 1976.
5. Assagioli, R. — *Transpersonal Development. The Dimension beyond Psychosynthesis*, *The Aquarian Press*, 1991.
6. Berne, E. — *Analyse transactionelle et psychothérapie* Payot, 1971/1977.
7. Berne, E. — *Games people play*, *Penguin Books*, 1964.
8. Berne, E. — „Intuition and ego states“ (edit. Mc Cormick P.), *San Francisco, T A Press*, 1977.
9. Bettelheim, B. — *Psychanalyse des contes de fées*, *Robert Laffont*, Paris, 1976.
10. Bing, E. — *The conjoint family drawing*, *Family Process*, 9/p. 173/194, 1970.
11. Bloch, S.; Browning Sally and Grath, G. — *Humor in group psychotherapy*. *British Journal of Medical Psychology*, No. 56, p. 89-97, 1983.
12. Boria, G. — *Spontaneitate și întâlnire*, trad. de Fermeta Jude, *Timișoara, Universitatea de vest*, 1996.
13. Brendy, M. — *A role model of dramatherapy and its application with individuals and groups*, în *The handbook of dramatherapy*, London and New York, *Routledge*, 1994.
14. Buber, M. — „Eu și Tu“/Ed. *Humanitas*, 1992.
15. Burton E.R. — *Self-Remembering*, *Prior Page*, 1997.
16. Cain, A. — *Psihodrama-Balint; Metodă, teorie, aplicații*, trad. de Orășanu B., *București, Editura TREI*, 1996.
17. Cain, J. D. — *A Person Centered Therapist's Perspective on Ruth*, in *Case Approach to Counseling and Psychotherapy*, G. Corsey, 1991.
18. Capra, F. — *Taofizica*, Ed. *Tehnică*, *București*, 1995.
19. Cardine, M., Meyer R., Chambon, O. — „*Psychothérapies. L'approche intégrative et éclectique*“, Ed. *Le Coudrier/Somatthérapies*, 1994.
20. Cassel, Jack L. — *The Function of Humor in the Counseling Process*. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, No. 17, 1994.
21. Cassirer, E. — *Eseu despre om*, Edit. *Humanitas*, *București*, 1994.
22. Chermet, C. — *Comprendre votre enfant par ses dessins*. *PUF*, 1986.
23. Chestner, A. — *Dramatherapy and psychodrama: similarities and differences*, în *The handbook of dramatherapy*, London and New York, *Routledge*, 1994.
24. Chodorkoff, B. — *Self-perception, perceptual defense and adjustment*. *J. Abnorm & Soc. Psychol*, 1954 (49), 508-512.
25. Chodorow, J. — „*Dance Therapy and Depth Psychology*“, *England*, 1991.



26. Cloninger S.C. — *Theories of Personality*, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey, 1996.
27. Cohn, R. — *Therapy in Groups: Psychoanalytic, Experiential and Gestalt*, în *Gestalt Therapy Now: Theory, Tehniques, Applications*, Penguin Books Ltd., Harmondsworth, Middlesex, England, 1970.
28. Corey, G. — *Case Approach to Gestalt Therapy in Case Approach to Counseling and Psychotherapy* (3-rd Ed.), Wadsworth Inc., Belmont, California, 1991.
29. Corey, G. — *Theories and Practice in Counseling and Psychotherapy*, Ed. Brooks, Cole, California, 1990.
30. Corey, G., *Groups — Process and Practice*, Brooks/Cole Publishing, Corey, L., Company, Monterey, California, 1988.
31. Corman, L. — *Le test du dessin de famille*. PUF, 1977.
32. Corsini R. J. — *Current Psychotherapies*, F.E. Peacock Publishers, Illinois, 1978.
33. Corsini, R., Wedding, D. — „Current psychothérapies“, Fourth Edition, F.E. Peacock Publishers, Inc., Illinois, 1989.
34. Costaneda, C. — „Cealaltă realitate“, Ed. RAO, 1995; „Călătorie la Ixtlan“, Editura RAO, 1996; „Povestiri despre putere“, Ed. RAO, 1995; „Învățăturile lui Don Juan - o cale de cunoaștere yaqui“, Ed. Univ. Encicl., Buc. 1995.
35. Couseld, V. — *Practica asistenței sociale*, Edit. Alternative, București, 1993.
36. Dafinoiu, I. — „Sugestie și hipnoză“, Edit. Șt. și Tehnică, 1996.
37. Däniken, E.V. — *Amintiri despre viitor*, Edit. Politică, București, 1970.
38. Davis, M.; Eshelman Robbins E.; McKay, N. — „The Relaxation and Stress Reduction Workbook“, New Harbinger Publications, Inc., 1988.
39. Dechimar, T. — *Întrebări pentru un maestru Zen*, Ed. Teora, 1996.
40. Dimmer, S.A., Carroll, J.L., and Wyatt, G.K. — *Uses of Humor in Psychotherapy*. *American Journal of Psychiatry*, No. 128:7, 1971.
41. Domash, L. — *The Use of Wit and the Comic by a Borderline Psychotic Child in Psychotherapy*. *American Journal of Psychotherapy*, No. 29, 1975.
42. Dryden, W. (Ed.) — „*Individual Therapy in Britain*“, Harper and Row, Publ., London, 1984.
43. Duhl, B.S. — *From the inside out and other metaphors*. New York, Brunner/Mazel, 1974.
44. Duhl, F.J., Kantor, D., Duhl, B.S. — *Learning, space and action in family therapy: A primer of sculpture*. In *techniques of Family Psychotherapy*, D.A. Block, ed. New York: Grune and Stratton, 1973.
45. Dymond (Eds.) — *Psychotherapy and Personality Change*, Cap. XV. University of Chicago Press, 1954.
46. Dusay, Y. — „Egograms“, New York, Harper and Row, 1977, 1980.
47. Feder E. & B. — „*The Expressive Arts Therapies*“, Prentice Hall, New York, 1986.
48. Eliade, M. — „*Techniques du yoga*“, Gallimard, 1948.
49. Fagan, J., Shepherd, I.L. (Ed.) — *Gestalt Therapy Now*, Palo Alto, C.A.: Science and Behavior Books, 1970 și Penguin Books, 1972.
50. Feder, B.; Ronald, R. (Eds) — *Beyond the hot seat*, New York: Brunner/Mazel, 1980.

51. Fiedler, F.E. — *A comparative investigation of early therapeutic relationships created by experts and non-experts of the psychoanalytic, non-directive and Adlerian Schools*, 1949.
52. Foster, A.J. — *Humor and Counseling: Close Encounters of Another Kind*. *Personnel Guidance Journal*, No. 57, 1978.
53. Frankl, V.E. — „*Man's Search for Meaning*“, Publ. by Pocket Books New York, 1963.
54. Freud, S. — *Totem și tabu*, Ed. Șt. 1992.
55. Freud, S. — *Introducere în psihopatologia vieții cotidiene*, EDP, 1991.
56. Fry, W.F., and Salameh, W.A. — *Handbook of Humor and Psychotherapy*. Sarasota, Professional Resource Press, 1987.
57. Gallagher, J.J. — *The problem of escaping Clients in non-directive counseling* In W.U. Snyder (Ed.), *Group report of a program of research in psychotherapy*. *Psychotherapy Research Group*, Pennsylvania State University, 1953, p. 21-38.
58. Gedeas, M., Medway, Y. — *The symbolic drawing of family life space*. *Family process* 16; p. 219-228, 1977.
59. Geenberg, L.S.; Johnson, S.M. — *Emotionally focused therapy for couples*. New York, Guilford, 1988.
60. Gilliland, B.; James, E.; Richard, K.; Bowman, J.T. — „*Theories and Strategies in Counseling and Psychotherapy*“, Prentice Hall, New Jersey, 1989.
61. Goldstein, J. — „*The Experience of Insight*“. Schambala, Boston, London, 1987.
62. Goldstein, J.M.; McGee P.E. — *Handbook of Humor Research*. New York, Springer-Verlag, cap. I, 1983.
63. Goldstein, J., Baker, Rruce, L., Jamison Kay, R. — „*Abnormal psychology*“. *Experiences, origins and interventions*, Little, Brown and Company, Boston, 1986.
64. Golu, M. — *Dinamica personalității*, București, Editura Geneze, 1993.
65. Golu, P. — *Psihologie socială*, București, Editura Didactică și Pedagogică 1974.
66. Goodenough, F. — *L'intelligence d'après le dessin*, P.U.F., Paris, 1957.
67. Gordon, D. — *Synergetics The Development of Creative Capacity* Collier Books, London, 1969.
68. Gordon, D. — *Therapeutic Metaphors*. Cupertino, California, Meta Publications, 1978.
69. Greenberg, L.S. — *Resolving splits: Use of the two-chair technique*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 1979, p. 316-324.
70. Grof, S. — *Royaumes de l'Inconscient humain*, Editions du Rocher, Monaco, 1983.
71. Guénon, R. — „*Simboluri ale Științei sacre*“, Ed. Humanitas, 1997.
72. Gurdjieff — „*Întâlniri cu oameni remarcabili*, Ed. Ram., 1996.
73. Gurman, A.S.; Kniskern, D.P. — *Handbook of Family Therapy*, New York, Brunner/Mazel, 1981.
74. Haig, R.A. — *Therapeutic Uses of Humor*. *American Journal of Psychotherapy*, Vol. XL, No. 4, 1986.
75. Haigh, G. V. — *Defensive behavior in client-centered therapy*. *J. Consult. Psychol.* 1949(13), 181-189.
76. Harris, T. — *I'm OK, you OK*, Harper Row Publ., 1969.
77. Heidegeer, M. — *Ființă și timp*, Edit. Jurnalul literar, București, 1994.
78. Henscher, J.E. — *The Role of Humor and Folklore Themes in Psychotherapy*. *American Journal of Psychiatry*, No. 137: 12, 1980.

79. Hobbs, N. — *Group-Centred Psychotherapy*, în *Client Centered Therapy: its Current Practice, Implications and Theory*, London, Constable and Company Limited, 1992.
80. Hogan, R. — *The development of a measure of client defensiveness in the counseling relationship*. Theses doctorale, University of Chicago, 1948.
81. Holdevici, I. — *Psihoterapie*, Edit. Ceres, București, 1993.
82. Holdevici, I. — *Autosugestie și relaxare*. Ed. Ceres, București, 1995.
83. Holdevici, I. — *Elemente de psihoterapie*, București, Editura ALL, 1996.
84. Holdevici, I., Vasilescu, P. — *Psihoterapia, tratament fără medicament*, Ed. Ceres, București, 1993.
85. Iamandescu, B.I. — „Manual de psihologie medicală”, Ed. Infomedica, 1995.
86. Ionescu, G. — *Tratat de Psihologie Medicală și Psihoterapie*, Ed. Asklepios, 1995.
87. Ionescu, G. — *Psihoterapia*, București, Editura Științifică, 1990.
88. Jung, C.G. — *Psihologie și alchimie*, Ed. Teora, 1996.
89. Jung, C.G. — *Amintiri, vise, reflecții*, Ed. Humanitas, 1996.
90. Jung, C.G. — *Personalitate și transfer*, Ed. Teora, 1996.
91. Jung, G.G. — *Tipuri psihologice*, Ed. Humanitas, 1997.
92. Kallf, D. — *Le jeu du sable. Méthode de psychotérapie*, Epi s.a. Editeurs, Paris, 1973.
93. Karlins, M.; Lewis, A.M. — „Biofeedback. Turning on the Power of your Mind”, Abacus Ed. 1975.
94. Kempler, W. — *Experiential family therapy*. *The International Journal of Group Psychotherapy*, 15; 5771, 1965.
95. Kantor, D., Lehr, W. — *Inside the family*. San Francisco: Jossey Boss, 1975.
96. Kempler, W. — *Principles of Gestalt family therapy*. Oslo, Norway, Nordahls, 1973.
97. Kessler, C. — *Semantics and non-directive counseling*. Committee of Human Development, University of Chicago, 1947.
98. Kepner, J. — *Body process: A gestalt approach to working with the body in psychotherapy*, New-York, Gardner Press, 1987.
99. Kogan, J. — *Gestalt therapy resources*, (3rd ed.), Berkeley C.A.: Transformation Press, 1980.
100. Koch, C. — *Le test de l'Arbre*. Emanuel Vitte, Editeur Lyon, 1964.
101. Kubie, L.S. — *The Destructive Potential of Humor in Psychotherapy*. *American Journal of Psychiatry*. No. 127:7, 1971.
102. Laban, R. — „The Language of Movement”, Ed. Plays Inc., Boston, 1974.
103. Lăzărescu, M. — *Introducere în psihopatologia antropologică*, Edit. Facla, București, 1989.
104. Leventon, E. — *A Clinician's Guide of Psychodrama*, New York, Springer Publishing Company, 1992.
105. Lewis, H.R., Streitfeld, H. S. - *Growth Games*, National General Company, New York, Bantam Book, 1972.
106. Liiceanu, G. — *Despre limită*, Edit. Humanitas, București, 1994.
107. Lipkin — *Clients' feelings and attitudes in relation to the outcome of client-centered therapy*. *Psychol Monogr.*, 1954 (68) no.1, 1-30.
108. Lowen, A. — *Bioenergetics*, Coward Mc, Cann & Georghegan Inc., New York, 1975.

109. Lowen, A. — *Depression and the Body*, Coward-Mc Cann, Inc., New York, 1972.
110. Lowen, A. — *Love and Orgasm*, New York, Macmillan, 1965.
111. Lowen, A. — *Plesure*, New York, Coward-McCann, Inc., New York, 1970.
112. Lowen, A. — *The Betrayal of the Body*, New York, Macmillan, 1967.
113. Lowen, A. — *The Language of the Body*, New York, Macmillan, 1971.
114. Lüscher, M. — *Le test de couleurs de Max Lüscher*. Ed. Ambanel, Paris, 1973.
115. McKay M., Davis M., Fanning, P. — „Messages The Communication Skills Book”. New Harbinger Publ. Inc., 1990.
116. Malarewicz, J.A. — *Quatorze leçons de thérapie stratégique* ESF Editeur, Paris, 1992.
117. Mânzat, I., Craiovan, M.P. — *Psihologia simbolului arhetipal*, Edit. INI, 1996.
118. Mânzat, I. — *Istoria universală a Psihologiei*, Curs, Univ. Titu Maiorescu, 1994.
119. Marcus, S. — *Empatia și personalitatea*, București, Editura ATOS, 1997.
120. Marman, R. — *Gestalt Therapy with groups, couples, sexually dysfunctional men and dreams*. New York, C. C. Thomas, 1989.
121. Maslow, A. — *Toward of Psychology of Being*, B. Van Nostrand Company, 1962.
122. May, R. — *Cosmic Consciousness Revisited*. USA, Great Britain, Australia, 1993.
123. May, R. — *Psychology and Human Dilema*, by D.V.M. Company, Canada, 1968.
124. Meyer, R. — „Etudes Cliniques psychothérapiques et somatothérapiques”, SIMEP, Paris, 1993.
125. Mendelsohn R.M. — „The Manifest Dream and its use in Therapy”, Jason Aronson Inc., London, 1990.
126. Miller, A. — *The untouched Key, Tracing Childhood and Destructiveness*, Publ. by Virago Press Limited, London, 1990.
127. Mills, C.J. and Crowley, J.R. — *Therapeutic Metaphors for children and the Child Within*. Bruner/Mazel Publishers, N.Y., 1986.
128. Minulescu, M. — *Chestionarele de personalitate în evaluarea psihologică*, București, Garell Publishing House, 1996.
129. Mitchell, F.H. — *A test of certain semantic hypotheses by application to client-centered counseling-cases: Intensionality-extensionality of clients in therapy*. Theses doctorale, University of Chicago, 1951.
130. Mitrofan, I. — *Personalitatea și psihoterapia bolnavului invalid prin torticolis (de etiologie și expresie psihogenă) - Un model recuperator orientat gestaltist*, în *Revista de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă*, nr. 2, vol. 1, 1995, p. 137.
131. Mitrofan, I. — *Rezistențe și capacități compensatorii ale familiei și reintegrării socioprofesionale a invalidului psihic*, în *Rev. Exp. Med., Rec. Cap. de Muncă*, nr. 1/1995.
132. Mitrofan, I. — „De la dezvoltarea transpersonală la parapsihologie”, în *Rev. Psihologia*, nr. special, nov. 1995.
133. Mitrofan, I. — „Familia bolnavului psihic - patologie individuală sau interpersonală?”, *Rev. de psihologie*, nr. 3-4/1991.

134. Mitrofan, I. (în colab.) — „Dimensiuni compensatorii ale potențialului psihic restant și prognoza oscilațiilor capacității de muncă în afecțiunile psihice, în *Rev. Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie*, nr. 3/1981.
135. Mitrofan, I. — „Configurații psihopatologice specifice în schizofrenii relevate prin testul Luscher, *Rev. de psihologie*, nr. 3/1981.
136. Mitrofan, I. — „Implicații psiho-socio-economice ale Muzicii funcționale în activități repetitive“, *Rev. Analele Univ., București*, 1981.
137. Mitrofan, I. — „Suport de tehnici experiențiale, în *Program de psihoterapie experiențială „Aici și Acum“*, București, 1996.
138. Mitrofan, I. — „Schiza unui model de învățare formativă a unor noțiuni literar-artistice, în *Rev. Pedagogie*, nr. 1/1985.
139. Mitrofan, I. — „Criterii de utilizare a tratamentului psihoterapeutic în scopul prevenirii și ameliorării stării de invaliditate psihică. Proiect de ghid metodologic“, în vol. *Sinteze de cercetare*, Min. Muncii, INEMRCM, 1984, sub coordonarea prof. dr. N. Șirjiță.
140. Mitrofan, I. — „Model recuperator experimental în schizofrenii (coord. colectiv) în vol. „Sinteze cercetare, INEMRCM, 1988.
141. Mitrofan, I. — „Studiul tehnicilor de psihoterapie familială în afecțiunile psihogene invalidante și cu potențial invalidant (coord.), în vol. „Sinteze ale lucrărilor de Cercetare“, Min. Muncii, INEMRCM, 1984.
142. Mitrofan, I. — „Reintegrarea comunitară a bolnavului psihic invalid. Modalități și posibilități actuale, în vol. colectiv „Aspecte actuale privind evaluarea și recuperarea capacității de muncă a deficienților psihici“, Pitești, sept., 1995, p. 21-23.
143. Mitrofan, I. — „Bolnavul psihic între șomaj și invaliditate (colab.), în vol. *Aspecte actuale privind evaluarea și recuperarea capacității de muncă a deficienților psihici*, Pitești, 1995, p. 105-110.
144. Mitrofan, I. — *Desenul serial - ca abordare diagnostică și terapeutică* în vol. „Copilăria, fundament al personalității“ (coord. S. Dima), Edit. Inv. Preșc., București, 1997.
145. Mitrofan, I. — „Psihoterapia gestaltistă în afecțiunile psihogene cu potențial invalidant“, *Rev. Exp. Med. și Rec. Cap. de Muncă*, vol. 2, nr. 1/1996.
146. Mitrofan, I. — „Bolnavul psihic invalid și psihologia situației de boală. Implicații în recuperare“, în vol. „Viitorul psihiatriei - adaptare, integrare, recuperare, sub red. P. Brânzei, Iași, 1980.
147. Mitrofan, I. — Psihosociodiagnoză și psihoterapie familială în evaluarea și recuperarea bolnavilor invalizi prin psihogenii“, în vol. „Psihiatria azi, actualități și perspective în asistența bolilor psihice, sub red. T. Pyroyynski, Iași, 1985.
148. Mitrofan, I. (în colaborare) — „Model experimental polifocal privind recuperarea la un lot de bolnavi schizofreni“ în volumul *Psihiatria azi, actualități și perspective în asistența bolilor psihice*, sub red. T. Pyroyynski, Iași, 1985.
149. Mitrofan, I. — „Structura și rezultatele experimentării unui model de psihoterapie cu scop de reintegrare socială în schizofrenii, în vol. „Psihologia în România, Acad. de Șt. soc. pol., București, 1984.
150. Mitrofan, I. — „Modele interacționale în evoluția cuplului conjugal-parental“, în vol. *Psihologia în România*, 1984.

151. Mitrofan, I. — „Stabilirea unor criterii de utilizare a diverselor tehnici de psihoterapie individuală și de grup în scopul reintegrării sociale a deficienților psihici“, în vol. *Sinteze ale lucrărilor de cercetare, INEMRCM*, 1982, 1983.
152. Mitrofan, I. — „Asistența și terapia familiei“, în lucrarea: „Dragostea și căsătoria“ (N. Mitrofan), Ed. St. encicl. 1984.
153. Mitrofan, I. — Comunicare senzitivă și analiză bioenergetică în terapia cuplurilor cu disfuncții sexuale psihogene, în „Calitatea vieții familiale. Estimări. predicții și soluții“, *Rev. „Calitatea vieții*, an 6, nr. 1-2/1995, p. 71-80.
154. Mitrofan, I. — *Cuplul conjugal - armonie și dezarmenie*. Ed. Șt. encicl. 1989.
155. Mitrofan, I., Mitrofan, N. — „Elemente de psihologia cuplului“. Ed. Șansa, 1994 și „Elemente de psihologia cuplului - revizuită și adăugită 1996.
156. Mitrofan, I., Ciupercă, C. — „Psihologia relațiilor dintre sexe“. Ed. Alternative, 1997.
157. Mitrofan, L. — „Dezvoltare transpersonală“, *Rev. Psihologia*, nr. 5/1995.
158. Mitrofan, L. — „Supraconștientul și creația artistică“, *Rev. Psihologia*, nr. 6/1995.
159. Morse, S.J.; Watson R.I. Jr. — *Psychotherapies. A Comparative Casebook*, Holt Rinehart and Winston, New York, 1977.
160. Neculau, A. (coord.) — „Psihologie socială, Ed. Polirom, Iași, 1996.
161. Nevo, O. — *Uses of Humor in Career Counseling*. *Vocational Guidance Quarterly*, No. 34, 1986.
162. Newton, G.R. and Dowd, T.E. — *Effect of Client Sense of Humor and Paradoxical Interventions on Test Anxiety*. *Journal of Counseling and Development*, July/August, 1990.
163. Nichols, M.P., Schwartz, R.G. — *Family Therapy. Concepts and Methods*, Allyn and Bacon, 1991.
164. Oaklander, V. — *Windows to our children: Gestalttherapy to child and teenager*. The Gestalt Journal Press, Highland New York, 1988.
165. Oancea, C. — *Psihoterapia infantilă, în Psihiatria*. Vol. I, sub redacția V. Predescu, Editura Medicală, București, 1989.
166. O'Connor, J., Seymour, J. — „Introducing Neuro-Linguistic Programming, Aquarian Press, London, San Francisco, California, 1990.
169. Osho — „Vijmana Bhairava Tantra“ - cartea secretă esențială a căii tantrice, comentată de Osho, Ed. Rom., vol. 1 și 2, 1997.
168. Osho — „Meditația Calea Perfectă“. Ed. Herald, București, 1996.
169. Patanjali — „Yoga Sutra“ — Documente spirituale, Edit. Societ. Informația București, 1993.
170. Pantajali — „Yoga Sutra. Știința sufletului“ (vol. 1, 2, 3), Ed. Rom., comentată de Osho, 1997.
171. Pamfil, Ed.; Ogodescu, D. — *Psihologie și informație*, Edit. Științifică, București, 1973.
172. Pamfil, Ed.; Ogodescu, D. — *Persoană și devenire*, Edit. Științifică, București, 1976.
173. Perls, F.S. — *The Rules and Games of Gestalt Therapy*, in Levitsky, A., *Gestalt Therapy Now: Theory, Tehniques, Applications*, Penguin Books Ltd., Harmondsworth, Middlesex, England, 1970.
174. Perls, F.S.; Hefferline, R.F.; Goodman, P. — *Gestalt Therapy, Excitement and Growth in the Human Personality*.
175. Perls, F.S. — *Ego, Hunger and Agression*, London: Allen & Unwin, Random House (Paper back edition, New-York: Vintage (1947, 1969).



176. Perls, F.S. — *Gestalt Therapy Verbatim*. Moab U.T. Real People Press, 1969.
177. Poland, S.W. — *The Place of Humor in Psychotherapy*. American Journal of Psychiatry, No. 128:5, 1971.
178. Polster, El.; Polster, M. — *Gestalt Therapy integrated*, New York, Brunner/Mazel, 1973.
179. Popescu-Neveanu, P. — *Dicționar de psihologie*, București, Editura Albatros, 1978.
180. Porot, M. — *Le dessin de la famille*, Rev. Psych. Appliquée, 1965, nr. 35.
181. Precker (Eds.) — *Success in Psychotherapy*, Chap. VI., New York, Grune & Stratton, 1952.
182. Predescu, V. — *Psihiatrie*, Edit. Medicală, București, 1989.
183. Quinn, R.D. — *Psychotherapists' expression as an index to the quality of early therapeutic relationships established by representatives of the non-directive, Adlerian and psychoanalytic schools*, 1950.
184. Racamier, P.C. — „*Les schizophrènes*“, Ed. Payot, 1990.
185. Radu, I.; Miclea, M.; Albu, M.; Moldovan, O.; Nemeș, S.; Szamoskozy, S. — *Metodologie psihologică și analiza datelor*, Cluj-Napoca, Editura Sincron, 1993.
186. Raimy, V.C. — *Self reference in counseling interviews*. J. Consult Psychol, 1948 (12), 153-163.
187. Reich, W. — „*La fonction de l'orgasme*“, L'Arche Editeur, Paris, 1972.
188. Ramaekers, J. — *Terapia Goldstein* — „Îmbunătățirea comunicării prin învățare structurată“, Ed. Alternative, București, 1995.
189. Rogers, C.R. — *A Way of Being*, a Houghton Mifflin Company Boston, 1980
190. Rogers, C.R. — *Client-centered therapy. Its current practice, implications and theory*, Constable London, reprinted 1965, 1973, 1979, 1981, 1986, 1987.
191. Rogers, C.R., Kinget, G.M. — *Psychothérapie et relations humaines. Théorie et pratique de la thérapie non-directive*, Publications Universitaires de Louvain, Paris, 1965, vol. I-II.
192. Rogers, C.R. — *On becoming a Person*, Constable and Company Ltd, London, 1993 (copyright 1961).
193. Rosalig, F.D. (Eds) — *Psychotherapy and Personality Change*, Cap X, University of Chicago Press, 1954.
194. Rosenheim, E. — *Humor in Psychotherapy: An Interactive Experience*. American Journal of Psychotherapy, No. 28, 1974.
195. Satir, V.M — „*Peoplemaking*“, A Condor Book, Palo Alto, 1972.
196. Satir, V.M., Baldwin, M. — *Later step by step : A guide to creating change in families*, Palo Alto, C.A.: Science and Behavior Books, 1983.
197. Satir, V.M. — *Conjoint family therapy*, Palo Alto, C.A.: Science and Behavior Books, 1964.
198. Satir, V.M. — *The new peoplemaking*, Palo Alto, C.A.: Science and Behavior Books, 1988.
199. Schafer Ch., E. — *Innovative Interventions in Child and adolescent Thérapy*, John Willey Sons, New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, 1988.
200. Schatther; Courtney, R. — *Drama in Therapy*. Vol. I, II, Drama Book Specialists (Publishers), New York, 1981.
201. Schiff, J. și colab. — „*The Cathexis reader: transactional analysis treatment of psychosis*“, New York, Harper and Ron, 1975.

202. Schutz, W. — *Joy Expanding Human Awareness*, New York, Ever Green Black Hat, 1969.
203. Sisman, J. — *A study of the process of non-directive therapy*. S. Consult Psychol, 1949 (13), 157-168.
204. Sisman, J. — *Counselor judgments of therapeutic process and outcome* In Carl Rogers and Rosalind F. Dymand (Eds), *Psychotherapy and Personality Change*, Chap VII University of Chicago Press, 1954.
205. Shaughnessy, M., and Wadsworth, T. — *Humor in Counseling and Psychotherapy: A 20 year Retrospective*. Psychological Reports, No. 70, 1992.
206. Sheerer, E.T. — *The relationship between acceptance of self and acceptance of others*. J. Consult. Psychol, 1949 (3), 169-175.
207. Sidelsky, R. — „*Puterea creatoare a gândirii*“, Ed. Colosseum, Buc., 1995.
208. Simon, R.M. — *Sculpting the family*, Family Process, 11, p. 49 51, 1973.
209. Simkin, J.S. — *Gestalt Therapy*, in R.J. Corsini (Ed. Current psychotherapy (2nd ed.), Itasca, IR, F.E. Peacock, p. 273-301, 1979.
210. Snyder, W.U. — *Casebook of Non-directive Counseling* Boston, Houghtan Mifflin Co., 1947.
211. Stanton, J.K. — „*An Introduction to Dans, Mouvement Therapy in Psychiatry*“, Tawistok/Rondledge, London, New York, 1992.
212. Steere, D. — *Bodily expression in psychotherapy*, New York, Brunner, Mazel, 1982.
213. Steven, J.; Morse, R.; Watson jr. — „*Psychoterapies, a Comparative Case Book*“, Holt, Rinehart, Winston, 1977.
214. Stevens, J.D. (Ed.) — *Gestalt is*, Moab UT: Real People Press, 1975.
215. Stevens, O.J. — „*Awareness, exploring, experimenting, experienting*“, Eden Grove Ed., Great Britain, 1989.
216. Stevens, B. — „*Don't Push the River*“, Real People Press, 1970.
217. Stewart, I.; Vann, J.S. — „*T.A. Today - A New Introduction to Transactional Analysis*“, Lifespace Publ., Nottingham, England, 1987.
218. Stock, D. — *The self concept and feelings towards others*, J. Consult. Psychol, 1949 (13), 176-180.
219. Thompson, F.; Allan, J. — *Active art counseling in the elementary schools*, in *Guidance and Counseling*, 1 (2), 1985, p. 63-73.
220. Thorne, B. — *Person-Centered Therapy*, in *Individual Therapy in Britain*, Ed. By W. Dryden, Harper and Row Ltd, London, 1984, p.102-128.
221. Tian, Dayton Ph. D. — *The Drama Within — Psychodrama and Experiential Therapy*. Deerfield Beach, Health Communications, Inc., 1994.
222. Tiberiu, M. — *Familia — De la fantasmă la nebunie*, Editura Marineasa, 1994.
223. Uspensky, P.D. — „*A patra Cale*“, Ed. Rom., București, 1997.
224. Vandenplas-Holper, Ch. — *Les coutes classique supports de l'éducation socio-emotionnelle de l'enfant ou de la de Bettelheim*. Laurian la Neuve, 1993.
225. Vasilescu, I.P. — *Statistică informatizată pentru științele despre om*, București, Editura Militară, 1991.
226. Vianu, I. — *Introducere în psihoterapie*, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1975.
227. Vladislav, E.O. — „*Demers expresiv în psihoterapia copilului și adolescentului*“ dizertație MASTER (coord. șt. Iolanda Mitrofan), 1997.

228. Weiss B.L. — „Many lives, many masters“, SUA, 1987 (în trad. Ed. Lotus, Buc., 1992).  
 229. Watts, A. — „Psychoterapy East & West“. Forst Vintage Books Edition, 1975.  
 230. Watts, A. — „Calea Zen“, Ed. Humanitas, 1997.  
 231. Watts, A. — „Dao. Calea ca o curgere de apă“, Ed. Humanitas, 1996.  
 232. Watson, R. — *An Introduction to Humanistic Therapy*, New York, 1986.  
 233. Warner, D.G. — *Psychodrama Training Tips*. Hagerstown, Maryland, Psychodrama Institute, 1975.  
 234. Weiner, H.B. — *Drama in Therapy*. New York, Drama Book Speciality Publisher, Vol. II, 1981.  
 235. Whitaker, C.A.; Keith D. V. — *Symbolic experiential family therapy*. In *Handbook of family therapy*, Gurman, New York, 1981.  
 336. Yontef, G. — *Gestalt Therapy: Clinical phenomenology*. In V. Binder, A. Binder și R. Rimland (Eds), *Modern therapies*, New York: Prentice Hall, p. 65-79, 1976.  
 337. Yontef, G. — *Gestalt therapie als dialogische Methode*. *Integrative therapie*, 9, p. 98-130, 1983.  
 338. Yontef, G.M.; Simkin, J.S. — „Gestalt therapy“ in R.J. Corsini, D. Wedding „*Current psychoterapies*“ (4<sup>th</sup> ed.), Peacock Publ. p. 323-261, Inc. 1989.  
 339. Zinker, J. — *Creative Process in Gestalt Therapy*, New York, Bruner & Mazel Publishers, 1976.  
 340. Ziv, Avner — *Teaching and Learning with Humor: Experiment and Replication*. *Journal of Experimental Education*, No 57, 1988.  
 341. Zlate, C.; Zlate, M. — *Cunoașterea și activarea grupurilor sociale*, București, Editura Politică, 1982.  
 342. Zlate, M. — *Fundamentele psihologiei*, București, Editura Hyperion XXI, 1994.

Tabelul nr.1  
Coeficienții de corelație Bravais-Pearson  
(scale C.P.I.)

Nr. crt.	Variabila	Număr de perechi	Test/Retest	Coeficienții de corelație	p
1.	Do	9	test	.8506	.004
			retest		
2.	Cs	9	test	.9188	.000
			retest		
3.	Sy	9	test	.7219	.028
			retest		
4.	Sp	9	test	.7651	.016
			retest		
5.	Sa	9	test	.6806	.044
			retest		
6.	Wb	9	test	.6990	.036
			retest		
7.	Re	9	test	.7805	.013
			retest		
8.	So	9	test	.7360	.024
			retest		
9.	Sc	9	test	.6682	.049
			retest		
10.	To	9	test	.8441	.004
			retest		
11.	Gi	9	test	.8221	.007
			retest		
12.	Cm	9	test	.6911	.039
			retest		
13.	Ai	9	test	.7132	.031
			retest		
14.	Ie	9	test	.9810	.000
			retest		

**Tabelul nr. 2**  
**Valoarea notei t și a pragului de semnificație**  
**(scale C.P.I.)**

Nr. crt.	Variabila de perechi	Număr Retest	Test/	Media	Notat	p
1.	Do	9	test retest	46.7778 47.3333	-.30	.770
2.	Cs	9	test retest	42.4444 44.2222	-.92	.385
3.	Sy	9	test retest	48.2222 52.7778	-2.52	.036
4.	Sp	9	test retest	43.1111 49.7778	-2.43	.041
5.	Sa	9	test retest	53.8889 57.3333	-1.08	.310
6.	Wb	9	test retest	34.5556 38.3333	-1.30	.230
7.	Re	9	test retest	42.2222 41.5556	.31	.764
8.	So	9	test retest	44.5556 49.7778	-1.65	.139
9.	Sc	9	test retest	41.2222 40.8889	.16	.875
10.	To	9	test retest	38.7778 40.0000	-.79	.451
11.	Gi	9	test retest	42.8889 41.8889	.60	.565
12.	Cm	9	test retest	39.2222 41.5556	-.82	.434
13.	Ai	9A	test retest	46.4444 46.6662	-.07	.443
14.	Ie	9	test retest	40.5556 45.4444	-7.72	.000



